

# Migración y salud

# Migration and health



Migración y Salud / Migration and Health, Año 7, Número 7, 2025, es una publicación anual editada por la Secretaría de Gobernación a través de la Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Población (STCONAPO), Avenida José María Vértiz número 852, Col. Narvarte, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03020, Ciudad de México, Tel. (55) 5128 0000 ext. 19512, <https://www.gob.mx/conapo>, [rlopezv@conapo.gob.mx](mailto:rlopezv@conapo.gob.mx). Editor responsable Rafael López Vega. Reservas de derechos al uso exclusivo No. 04-2019-101614350400-203, ISSN 2683-2488, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Diseño y cuidado editorial: Maricela Márquez Villeda. Responsable de la última actualización de este número Web: Jorge Reyes Manzano. Unidad de Informática de la STCONAPO, José Noel Torres Valdez, Tel. (55) 5128 0000 ext. 19530, ubicado en el mismo domicilio. Fecha de última modificación: septiembre de 2025. Se autoriza la reproducción total o parcial del contenido siempre y cuando se cite la fuente y no sea para fines comerciales.

© Secretaría de Gobernación  
Consejo Nacional de Población (CONAPO)  
Dr. Vértiz 852, Col. Narvarte  
C.P. 03020, Ciudad de México  
<https://www.gob.mx/conapo>

***Migración y Salud***

Se permite la reproducción total o parcial sin fines comerciales, siempre que se cite la fuente.

El contenido de la publicación es responsabilidad de las y los autores.

Impreso en México.

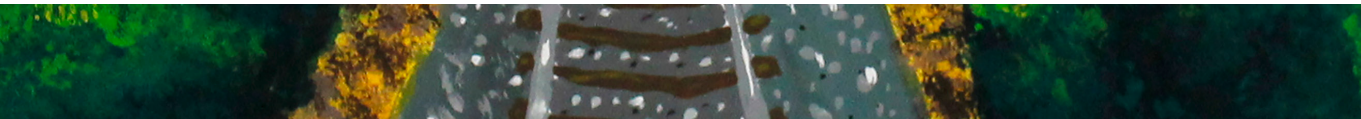
© Secretariat of the Interior  
National Population Council (CONAPO)  
Dr. Vértiz 852, Col. Narvarte  
C.P. 03020, Mexico City  
<https://www.gob.mx/conapo>

***Migration & Health***

Reproduction in whole or in part for non-commercial purposes is allowed, provided the source is cited.

The content of the publication is the responsibility of the authors.

Printed in Mexico.



## AGRADECIMIENTOS

### ACKNOWLEDGEMENTS

Esta publicación ha sido coordinada por la Secretaría de Gobernación  
a través del Consejo Nacional de Población (CONAPO)

This publication has been coordinated by the Mexican Secretariat  
of the Interior of Mexico, through the National Population Council

Agradecemos de manera especial la atenta lectura y las valiosas recomendaciones  
del Dr. Eduardo Torre Cantalapiedra (El Colegio de la Frontera Norte, sede Tijuana) y de  
la Mtra. Patricia Díaz (Investigadora independiente), cuyas observaciones contribuyeron  
a enriquecer los trabajos de los autores.

Agradecemos el apoyo a quienes amablemente  
difundieron la Convocatoria

Arte, formación y cuidado de la edición:

Maricela Márquez Villeda  
Jorge Ivan López Salinas  
Pablo Leonardo Vega Rivas  
Sergio Mariano Jiménez Franco  
Blanca Estela Melín Campos

Dibujo de portada:

Emily del Rosario Bucio Alpuche

Corrección de estilo:

Didier Michel Héctor Brutus

We appreciate the support for those  
who disseminated the Call

Art, design, layout and editing:

Maricela Márquez Villeda  
Jorge Ivan López Salinas  
Pablo Leonardo Vega Rivas  
Sergio Mariano Jiménez Franco  
Blanca Estela Melín Campos

Cover drawing:

Emily del Rosario Bucio Alpuche

Style correction:

Didier Michel Héctor Brutus





## **Directorio / Directory**

### **Consejo Nacional de Población / National Population Council**

**ROSA ICELA RODRÍGUEZ VELÁZQUEZ**

Secretaria de Gobernación y Presidenta del Consejo Nacional de Población  
Secretary of the Interior and President of the National Population Council

**JUAN RAMÓN DE LA FUENTE RAMÍREZ**

Secretario de Relaciones Exteriores  
Secretary of Foreign Affairs

**ARIADNA MONTIEL REYES**

Secretaria de Bienestar  
Secretary for Welfare

**ALICIA BÁRCENA IBARRA**

Secretaria de Medio Ambiente y Recursos Naturales  
Secretary for the Environment and Natural Resources

**JULIO BERDEGUÉ SACRISTÁN**

Secretario de Agricultura y Desarrollo Rural  
Secretary of Agriculture and Rural Development

**MARIO MARTÍN DELGADO CARRILLO**

Secretario de Educación Pública  
Secretary of Public Education

**DAVID KERSHENOBICH STALNIKOWITZ**

Secretario de Salud  
Secretary of Health

**MARATH BARUCH BOLAÑOS LÓPEZ**

Secretario del Trabajo y Previsión Social  
Secretary of Labor and Social Welfare

**EDNA ELENA VEGA RANGEL**

Secretaria de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano  
Secretary of Agrarian, Territorial, and Urban Development



## **Directorio / Directory**

### **Consejo Nacional de Población / National Population Council**

**MARCELO EBRARD CASAUBÓN**

Secretario de Economía  
Secretary of Economy

**EDGAR AMADOR ZAMORA**

Secretario de Hacienda y Crédito Público  
Secretary of the Tax Agency and State Credit

**MARÍA DEL ROCÍO GARCÍA PÉREZ**

Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral  
de la Familia (DIF)  
Head of the National System for the Full Development  
of the Family (DIF)

**GRACIELA MÁRQUEZ COLÍN**

Presidenta del Instituto Nacional de Estadística y Geografía  
President of the National Institute for Statistics and Geography

**CITLALLI HERNÁNDEZ MORA**

Secretaria de las Mujeres  
Secretariat of Women

**ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO**

Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social  
General Director of the Mexican Social Insurance Institute

**MARTÍ BATRES GUADARRAMA**

Director General del Instituto de Seguridad y Servicios  
Sociales de los Trabajadores del Estado  
General Director of the State's Employees' Social Security  
and Social Services Institute

**ADELFO REGINO MONTES**

Director General del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas  
General Director of the National Institute of Indigenous Peoples



## **Directorio / Directory**

### **Secretaría de Gobernación / Secretariat of the Interior**

**ROSA ICELA RODRÍGUEZ VELÁZQUEZ**

Secretaria de Gobernación

Secretary of the Interior

**CÉSAR ALEJANDRO YÁNEZ CENTENO CABRERA**

Subsecretario de Gobernación

Assistant Secretary of the Interior

**FÉLIX ARTURO MEDINA PADILLA**

Subsecretario de Derechos Humanos, Población y Migración

Assistant Secretary of Human Rights, Population and Migration

**ROCÍO BÁRCENA MOLINA**

Subsecretaria de Construcción de Paz, Participación Social y Asuntos Religiosos

Assistant Secretary of Democratic Development, Social Participation and Religious Affairs

**MARCO ANTONIO HERNÁNDEZ MARTÍNEZ**

Titular de la Unidad de Administración y Finanzas

Head of the Administration and Finance Unit

**GABRIELA ROMERO SÁNCHEZ**

Directora General de Comunicación Social

General Director of Social Communication



## Directorio / Directory

### Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Población Technical Secretariat of the National Population Council

**GABRIELA RODRÍGUEZ RAMÍREZ**

Secretaría Técnica  
Technical Secretary

**MIRNA HEBRERO MARTÍNEZ**

Coordinadora de Estudios  
Sociodemográficos y Prospectiva  
Coordinator of Social and Demographic  
Studies and Prospective

**PAULA CRISTINA NEVES NOGUEIRA LEITE**

Coordinadora de Programas de Población  
y Asuntos Internacionales  
Coordinator of Population Programs  
and International Affairs

**RODRIGO JIMÉNEZ URIBE**

Coordinador de Estudios en Población y Desarrollo  
Coordinator of Population and Development Studies

**LILIA YAZMÍN GONZÁLEZ SORIANO**

Coordinadora de Evaluación Interna  
y Fortalecimiento Institucional  
Coordinator of Internal Evaluation  
and Institutional Strengthening

**RAFAEL LÓPEZ VEGA**

Director de Estudios Socioeconómicos  
y Migración Internacional  
Director of Socioeconomic Studies  
and International Migration

**EVELYN FUENTES RIVERA**

Directora de Estudios Sociodemográficos  
Director of Social and Demographic Studies

**RAÚL ROMO VIRAMONTES**

Director de Poblamiento y Desarrollo  
Regional Sustentable  
Director of Population Campaigns  
and Sustainable Regional Development

**LUIS FELIPE JIMÉNEZ CHAVES**

Director de Análisis Estadístico e Informático  
Director of Statistical Analysis and Informatics

**KARLA BERENICE HERNÁNDEZ TORRES**

Directora de Cultura Demográfica  
Director of Demographic Culture

**KARLA BONILLA ARANDA**

Directora de Coordinación Interinstitucional  
e Intergubernamental  
Director of Inter-institutional  
and Inter-governmental Coordination

**VANESSA CASANOVA DÍAZ**

Directora de Administración  
Director of Administration



## **Directorio / Directory**

### **Dirección de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional Direction of Socioeconomic Studies and International Migration**

**RAFAEL LÓPEZ VEGA**

Director de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional  
Director of Socioeconomic Studies and International Migration

**JORGE REYES MANZANO**

Subdirector de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional  
Associate Director of Socio-Economic Studies and International Migration

**ALMA ROSA NAVA PÉREZ**

Jefa del Departamento de Estudios Socioeconómicos  
Head of Department of Socio-Economic Studies

**LUIS ALBERTO VÁZQUEZ SANTIAGO**

Jefe del Departamento de Estudios de los Mexicanos en el Extranjero  
Head of the Department of Studies of Mexicans Abroad

**RODRIGO MANUEL OLIVARES ESLAVA**

Asistente de Investigación  
Research Assistant





# Índice / Content

11	PRESENTACIÓN / PRESENTATION
12	INTRODUCCIÓN / INTRODUCTION

NUEVOS TEMAS DE SALUD Y MIGRACIÓN INTERNACIONAL EN MÉXICO  
NEW HEALTH ISSUES AND INTERNATIONAL MIGRATION IN MEXICO

	CAPÍTULO 1 / CHAPTER 1
15	Migración femenina y preferencias reproductivas en México, 2023 Female Migration and Reproductive Preferences in Mexico, 2023 <i>Elsa Ortiz-Ávila y Alejandra Romero-Falcón</i>
	CAPÍTULO 2 / CHAPTER 2
27	La discapacidad de las personas mexicanas retornadas: ¿un reto para el Estado mexicano? The disability of Mexican returnees: a challenge for the Mexican State? <i>Marisol Luna y Valentina Rabasa</i>

CONDICIONES ESTRUCTURALES EN EL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN MEXICANA EN ESTADOS UNIDOS  
STRUCTURAL CONDITIONS IN THE WELFARE OF THE MEXICAN POPULATION IN THE U.S.

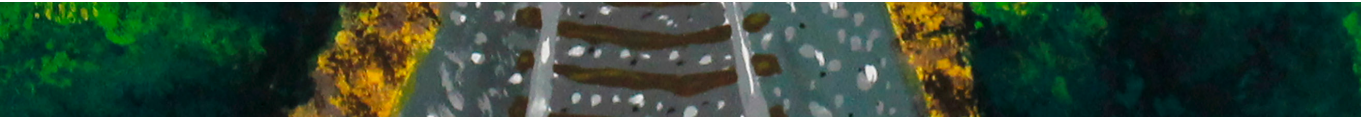
	CAPÍTULO 3 / CHAPTER 3
43	Acceso a los servicios de salud de los trabajadores agrícolas mexicanos en Estados Unidos, 1989-2022 Access to health care services for Mexican farm workers in the United States <i>José Alfredo Jáuregui-Díaz, María de Jesús Ávila-Sánchez y Jimena Méndez-Navarro</i>

LAS ARISTAS DE LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL Y NECESIDADES DE POLÍTICA PÚBLICA  
INTERNATIONAL MIGRATION ISSUES AND PUBLIC POLICY NEEDS

	CAPÍTULO 4 / CHAPTER 4
61	Efectividad de la terapia centrada en la compasión y conciencia plena para la regulación emocional en migrantes: Un Estudio en Saltillo, Coahuila Effectiveness of compassion-focused therapy and mindfulness for emotional regulation in migrants: A Study in Saltillo, Coahuila <i>Alejandra Rodríguez, Iris Rubí Monroy, Leonardo González y Ximena Zacarias</i>
	CAPÍTULO 5 / CHAPTER 5
77	Protocolos poco efectivos: Sugerencias en materia de acompañamiento a la salud mental a familiares-buscadores de migrantes por desaparición Ineffective protocols: Suggestions on mental health support for family members-seekers of missing migrants <i>Angélica Ojeda García</i>

---

87	REFERENCIAS / CITED SOURCES
96	ACERCA DE LOS AUTORES / ABOUT THE AUTHORS







# Presentación

La misión del Consejo Nacional de Población (CONAPO) es la planeación demográfica del país, con el fin de incluir la dinámica de la población en los programas de desarrollo económico y social que se formulan dentro del sector gubernamental, así como vincularlos a las necesidades que plantean los fenómenos demográficos.

La migración internacional es un evento demográfico de gran complejidad, el discurso de la academia y de organismos internacionales transita hacia su reconocimiento como una de las formas que adopta la movilidad humana. En todo caso, cualquier variante de movilidad que desplieguen las personas requiere de instrumentos que faciliten y garanticen el ejercicio de sus derechos humanos, con enfoques de pertinencia cultural, de género e interseccionalidad.

En México, por su ubicación geopolítica, la movilidad humana abarca a personas en tránsito y a quienes permanecen en el país, a solicitantes de refugio y de asilo, a las y los que recién arriban o salen, así como a quienes ya llevan tiempo viviendo en el país.

En este siglo, los gobiernos de los países de origen, tránsito, destino, refugio y asilo se han favorecido de una significativa ampliación de instrumentos internacionales destinados a proteger a las personas en movilidad internacional.

La última década fue rica en reflexiones y propuestas en la materia, y la adhesión del Estado mexicano a dichos instrumentos fortalece el marco de los derechos: el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, en el ámbito regional, el Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular, y los Objetivos de Desarrollo Sostenible contemplan una visión robusta e integral para formular políticas públicas que toman en cuenta la diversidad demográfica de las poblaciones en movilidad, desde y hacia México.

La presente edición de *Migración y Salud* de la Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Población (STCONAPO) reconoce la complejidad que tienen las diversas aristas de la movilidad humana y, en especial, las de la migración internacional. Se ofrecen pautas y orientaciones que abren opciones para el diseño de políticas públicas y el fortalecimiento de la transformación institucional que se vive en el país, considerando el contexto internacional y algunas líneas de acción ancladas en el *Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030* y en el *Programa Nacional de Población 2025-2030*, con el propósito de contribuir a mejorar el bienestar y los derechos de todas las personas que atraviesan o viven en el territorio nacional, así como de nuestros connacionales en el exterior.

**MTRA. GABRIELA RODRÍGUEZ RAMÍREZ**

Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Población



# Introducción

Entre migración y salud hay un vínculo histórico que, en nuestra modernidad, se remonta a la emergencia de regulaciones sanitarias para controlar desde el origen, la salida y en el destino, el tránsito de las personas migrantes. Así, a partir de las tradicionales revisiones médicas —inspección física— y el confinamiento por cuarentena, existe un anclaje sanitario que prevé la propagación de enfermedades y pandemias, haciendo de la migración y otras formas de movilidad parte de un proceso social de gran complejidad, que se extiende hasta el siglo **xxi** y se recrudeció en 2020 debido a la pandemia por COVID-19.

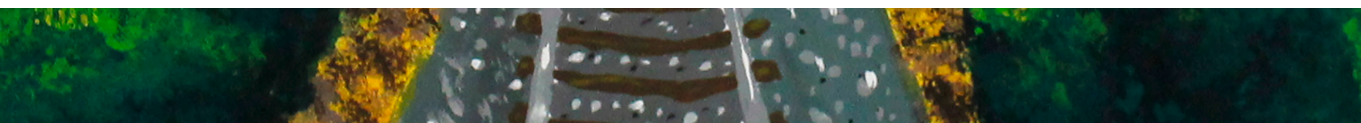
Ese vínculo histórico abarca distintos campos del sistema salud-enfermedad y su abordaje en el Consejo Nacional de Población se remonta a los años noventa del siglo **xx**, con la participación de sus especialistas en el Congreso Mundial de Salud Mental en 1991 y, en los albores del siglo **xxi**, continuó a través de su *Boletín de Migración Internacional* en 2002, en el contexto del surgimiento de la Semana Binacional de Salud (SBS), y el primer número de la revista *Migración y Salud* en 2005.

Los gobiernos de Estados Unidos y México abrieron un espacio para regular la migración entre ambos países, el cual se interrumpió abruptamente por los acontecimientos del 11 de septiembre de 2001. En 2004, en el marco del décimo aniversario de la firma del Tratado de Libre Comercio en América del Norte (TLCAN), las fuentes de información trazaron, en términos cuantitativos, la importancia del volumen de la población migrante mexicana en Estados Unidos (8.1 millones en 2000 y 11.1 millones en 2005), en particular, las personas en situación migratoria irregular

o no autorizada (en 2005, el total de migrantes no autorizados en Estados Unidos sumaban 10.5 millones, de los que 5.97 millones eran mexicanos), y el flujo anual de migrantes a la Unión Americana, entre 2000 y 2005, la Patrulla Fronteriza reportó un promedio de 1.12 millones de aprehensiones de personas mexicanas por año en el suroeste estadounidense.

Estas cifras, aunque con variaciones a causa de eventos coyunturales —como la crisis económico-financiera de 2007-2008— y de cambios institucionales de gran calado, como el segundo mandato presidencial de Donald Trump, delinear la relación demográfica y laboral entre ambos países en el siglo **xxi**. Prácticamente, desde los años de la crisis económico-financiera, el número estimado de personas nacidas en México residiendo en Estados Unidos se mantiene estable en alrededor de 12 millones de personas (12.68 millones en 2024), mientras que aumenta la segunda (13.96 millones) y la tercera generación (13.92 millones) de personas de origen mexicano que viven en la Unión Americana, hasta constituirse en los componentes demográficos de mayor importancia dentro de este grupo poblacional (68.7% del total de personas de origen mexicano).

Con respecto a la migración de personas mexicanas a Estados Unidos, aún nuestro principal destino migratorio, existen retos en materia de derechos humanos y de política pública que atraviesan ambas sociedades, desde la devolución, el retorno forzado o la repatriación, hasta la generación de condiciones institucionales para contar con visas ancladas en una relación económica y laboral entre ambos países en un marco regulatorio en el que los trabajado-



res migratorios y sus familias tengan garantías para el ejercicio de sus derechos económicos, sociales, culturales y políticos.

El nuevo andamiaje de instrumentos internacionales del siglo XXI, como el Consenso de Montevideo, los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes, y el Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular, fortalecen la necesidad de contar con herramientas como la revista *Migración y Salud*, en la que el gobierno de México, a través del Consejo Nacional de Población, documenta las necesidades en materia de salud de las personas migrantes, considerando factores como origen, tránsito, destino y retorno, asumiendo explícitamente la necesidad de formular políticas públicas para proteger a las poblaciones en alguna forma de movilidad internacional, y reconociendo que éstas son un componente sustantivo de la agenda internacional en materia de derechos.

En especial, durante gran parte de sus ediciones, *Migración y Salud* ha mostrado los logros gubernamentales y de actores comprometidos con el bienestar de las poblaciones migrantes, así como las falencias estructurales para la cobertura y el acceso a servicios de salud, incluyendo situaciones específicas en contextos y poblaciones de mayor vulnerabilidad, como los trabajadores agrícolas o los familiares de los trabajadores migratorios, las mujeres migrantes en tránsito en ambos lados de la frontera, las mujeres inmigrantes en México y en Estados Unidos, las mujeres indígenas, la presencia de niñas, niños, adolescentes y jóvenes migrantes, que implican necesidades especiales de protección.

Algunas contribuciones en *Migración y Salud* indican que las diversas movilidades humanas que tienen lugar en el gran corredor que va de Centroamérica (alcanzando la región del Darién), México, Estados Unidos y Canadá demandan atención integral, desde su origen, tránsito, destino o retorno; y han informado de las situaciones sociales, políticas y económicas que afectan la integridad física y mental de las personas en movilidad tanto por falta de prevención e información, como por carencias y obstáculos para lograr una protección culturalmente pertinente, interseccional e intersectorial.

Continuando con su visión amplia, esta edición 2025 consta de cinco capítulos estructurados en tres ejes temáticos. En el primero, *Nuevas temas de salud y migración internacional en México*, se presentan dos capítulos. El de Ortiz-Ávila y Romero-Falcón titulado “Migración femenina y sus preferencias reproductivas en México, 2023”, que con base en la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2023* (Enadid) y mediante métodos estadísticos analiza las diferencias en las preferencias reproductivas de mujeres migrantes y no migrantes en México, considerando factores sociodemográficos y perspectivas de movilidad; en particular, resaltan la influencia de nuevos contextos socioculturales en las decisiones reproductivas de las mujeres.

El segundo capítulo, de Luna y Rabasa con el título “La discapacidad de las personas mexicanas retornadas: ¿un reto para el Estado mexicano?”, representa la primera vez que se incluye un análisis sobre este sector de la población migrante en la revista. El trabajo expone la existencia de una doble vulnerabilidad para la población en estudio —ser personas migrantes retornadas y su condición de discapacidad— y argumenta que a nivel gubernamental no hay una estrategia operativa clara y diferenciada para garantizar el acceso efectivo a los derechos en materia de salud de las personas retornadas con discapacidad; además, subraya que, tratándose de población con necesidades especiales por su propia condición, se debe tener certeza de su acceso sin discriminación, la cual es muy factible que hayan enfrentado tanto en el lugar de destino como ahora en el de retorno.

El segundo eje *Condiciones estructurales en el bienestar de la población mexicana en Estados Unidos* corresponde al capítulo de Ávila-Sánchez, Jáuregui-Díaz y Méndez Navarro con el título “Acceso a los servicios de salud de los trabajadores agrícolas mexicanos en Estados Unidos, 1989-2022”. Las autoras y el autor, con base en la Encuesta Nacional de Trabajadores Agrícolas (*National Agricultural Workers Survey*, NAWs), analizan el perfil sociodemográfico y estatus migratorio de las personas trabajadoras agrícolas nacidas en México, destacando el carácter esencial que tiene su trabajo para la sociedad estadounidense. Sus resultados muestran el predominio masculino





en este tipo de ocupación, así como un patrón de envejecimiento acelerado, alta proporción de personas sin regularización migratoria y bajos niveles de aseguramiento médico.

El tercer eje temático, *Las aristas de la migración internacional y necesidades de política pública*, está integrado por dos capítulos dedicados al análisis de la salud mental tanto de las poblaciones migrantes como de quienes en distintos momentos del proceso migratorio acompañan/atenden desde la sociedad civil a las personas en movilidad internacional. El capítulo de Rodríguez, Monroy, González y Zacarías, “Efectividad de la terapia centrada en la compasión y conciencia plena para la regulación emocional en migrantes: Un Estudio en Saltillo, Coahuila”, plantea que la migración es un fenómeno que implica altos niveles de estrés y ansiedad en las personas que la experimentan, por lo que su objetivo es evaluar la efectividad de la aplicación de metodologías del campo de la psicología, relativamente recientes, como la terapia centrada en la compasión y conciencia plena para disminuir la sintomatología ansiosa y aumentar la autocompasión. Entre sus resultados, los autores señalan que la intervención en poblaciones migrantes mostró potencial para mejorar la salud mental de las personas, proporcionando herramientas efectivas para el manejo emocional.

Finalmente, el capítulo de Ojeda, “Protocolos poco efectivos: Sugerencias en materia de

acompañamiento a la salud mental a familiares-buscadores de migrantes por desaparición”, presenta los resultados de una investigación colectiva con una población estudiantil que decidió, en distintos lugares del país, tener la experiencia de contacto con poblaciones migrantes. En la reseña de la investigación, Ojeda indica que esta experiencia influyó en el rumbo que seguiría la práctica y el desarrollo profesional de las y los estudiantes del grupo focal, forjando “...una huella y un parteaguas en su actividad profesional...”, además, que dicho contacto, en tanto actividad participativa, resultó en la búsqueda de una “...vida más justa...” para las poblaciones migrantes.

No podría cerrarse esta introducción a la edición 2025 sin reconocer que, en sus diferentes ediciones, *Migración y Salud* ha abordado una gran diversidad de temas y expuesto problemas concretos que afectan la salud y la protección a la salud de las poblaciones migrantes. Al mismo tiempo que avanza en la incorporación de aspectos propiamente demográficos en relación con las poblaciones migrantes, como la exploración de la fecundidad, la salud sexual y reproductiva, la mortalidad general y las condiciones estructurales e institucionales que modelan la cobertura y el acceso a los servicios de salud. Con esta edición, el Consejo Nacional de Población ofrece parte del nuevo panorama que en materia de salud de las poblaciones migrantes emerge en la tercera década del siglo xxi.



# Migración femenina y preferencias reproductivas en México, 2023

Elsa Ortiz-Ávila<sup>1</sup>, Alejandra Romero-Falcón<sup>2</sup>

## Resumen

En este trabajo se analizan las diferencias en las preferencias reproductivas de mujeres migrantes y no migrantes en México, considerando factores sociodemográficos y perspectivas de movilidad. A partir de la ENADID 2023, se examinan variables como el deseo de tener más hijos, el promedio de hijos nacidos vivos, el tiempo de espera para un siguiente y el número ideal de descendencia. Al mismo tiempo, se ajusta un modelo de regresión lineal múltiple para identificar los factores que influyen en el ideal de fecundidad, considerando la condición migratoria. Los resultados descriptivos muestran que las mujeres migrantes tienen, en promedio, menos hijos nacidos vivos, expresan un menor deseo de tener más y reportan un número deseado de hijos ligeramente inferior al de las no migrantes. Asimismo, presentan una mayor proporción de decisiones autónomas respecto a la cantidad de descendencia. Sin embargo, los resultados multivariados indican que la condición migratoria no es estadísticamente significativa en la explicación del número ideal de hijos, lo que sugiere que las diferencias observadas pueden asociarse en mayor medida a determinantes como la edad, la escolaridad, la condición de unión o el tamaño de localidad de residencia.

**Términos clave:** Migración, preferencias reproductivas, ideal de hijos, factores estructurales.

## Introducción

En México, el vínculo entre migración femenina y preferencias reproductivas es un fenómeno complejo de abordar, que involucra dimensiones sociales, culturales, económicas y personales. La movilidad no solo transforma el acceso a recursos y servicios, también modifica las normas de género relacionadas con la maternidad y la autonomía reproductiva, así como los proyectos individuales de vida, como la educación o el trabajo remunerado (Pessar y Mahler, 2003; Donato et al., 2006). Esta perspectiva permite entender el impacto en los ciclos migratorios, tanto de las estructuras sociales y laborales, como de las dinámicas familiares y reproductivas (Rodríguez, 2013; Cárdenas-Rodríguez et al., 2018).

A pesar de la creciente visibilidad de la migración femenina y sus efectos en los patrones de fecundidad, el análisis específico de las preferencias reproductivas de las mujeres migrantes se ha abordado escasamente en México. Principalmente, la literatura se enfoca en aspectos como el empleo, la salud o los derechos humanos, dejando en un segundo plano los temas vinculados a la fecundidad (Gayet y Juárez, 2020; Pilatowsky, 2024). Esta omisión se extiende al ámbito de las políticas públicas, donde los enfoques tienden a centrarse en elementos económicos o sociales, sin considerar de manera suficiente cómo la experiencia de movilidad influye en los proyectos de maternidad y en los

<sup>1</sup> Profesora-Investigadora de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (elsa\_ortiz@uaeh.edu.mx).

<sup>2</sup> Estudiante de la Licenciatura en Sociología en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (ro467403@uaeh.edu.mx).

derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Rodríguez, 2013; Pessar y Mahler, 2003). Al mismo tiempo, en relación con sus preferencias reproductivas, persisten desigualdades entre la población femenina, determinadas por factores sociodemográficos como la clase social, la escolaridad, la etnicidad y la situación migratoria (Pessar y Mahler, 2003; Donato et al., 2006). Estos ejes de desigualdad influyen en el acceso a recursos, información y servicios de salud reproductiva, limitando o condicionando la capacidad efectiva de las mujeres para ejercer decisiones autónomas sobre su reproducción.

En este contexto, nuestro estudio busca contribuir a llenar ese vacío, al analizar si las mujeres migrantes presentan patrones distintos en sus preferencias reproductivas con respecto a las no migrantes, y si tales diferencias pueden atribuirse directamente a la migración o más bien a características sociodemográficas asociadas, mediante la exploración de la información recolectada en la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica* (ENADID) de 2023, cuya riqueza y representatividad nacional la hace una fuente fundamental para el análisis de las dinámicas reproductivas en la población migrante en México (INEGI, 2024).

## Preferencias reproductivas y migración femenina en México

La feminización de los movimientos migratorios ha captado el interés de investigadores, organismos internacionales y responsables de políticas públicas, debido a los cambios estructurales que implica el incremento de estos flujos y a las dinámicas sociales en los países de origen y destino (Pessar y Mahler, 2003). El aumento en los desplazamientos femeninos obedece a diversas razones, entre las que destacan el deseo de escapar de contextos violentos, la reunificación con parejas que migraron previamente y la búsqueda de mejores condiciones de vida para ellas y sus familias (Juárez, 1996; Donato et al., 2006). Esta tendencia evidencia una transformación en los patrones tradicionales, históricamente protagonizados por varones.

De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2006), en las últimas

cuatro décadas se ha registrado una clara inclinación hacia la feminización del tránsito internacional. Antes, el número de mujeres migrantes era comparable al de hombres; pero para 2005, las cifras de ellas fueron ligeramente superiores en casi todas las regiones, salvo en África y Asia. En América del Norte, este fenómeno comenzó a observarse desde la década de 1930. A partir de entonces, está adquiriendo especial relevancia uno de los efectos indirectos de la movilidad humana: su influencia sobre la fecundidad y las decisiones reproductivas de quienes migran (Rodríguez, 2013).

Diversos estudios coinciden en señalar que el análisis de los procesos migratorios requiere de una perspectiva de género para comprender las desigualdades que enfrentan las mujeres en tránsito. Pedraza (1991) sostiene que el género configura no solo los motivos del desplazamiento, sino también las oportunidades y las restricciones a lo largo de la trayectoria migratoria. Aunque en ciertos casos logran ampliar sus márgenes de autonomía, persisten obstáculos en el acceso al empleo, a los recursos económicos y a la capacidad de decisión, incluyendo aspectos de su vida reproductiva. La autora advierte que estos procesos pueden transformar las relaciones de género, pero con frecuencia tienden a reproducir o incluso agravar el contexto preexistente. En la misma línea, Pessar y Mahler (2003) desarrollaron el concepto de "geografías del poder" para explicar cómo las relaciones de género atraviesan distintas escalas, desde lo individual hasta lo transnacional, modelando las experiencias de quienes migran. Desde esta perspectiva, la autonomía reproductiva no puede analizarse de forma aislada, sino como producto de dinámicas de poder que operan en múltiples niveles. Los autores subrayan que, si bien en ciertos contextos la movilidad internacional puede facilitar la renegotiación de los roles tradicionales, en otros acentúa la inequidad, limitando el ejercicio efectivo de los derechos reproductivos. Estas aproximaciones permiten advertir que una mayor independencia reportada no siempre implica un empoderamiento genuino, sino que puede responder a desigualdades estructurales relacionadas con el acceso diferenciado a recur-



sos, decisiones unilaterales de las parejas o barreras institucionales para la atención en salud reproductiva.

Varios enfoques se han propuesto para explicar los factores que inciden en torno a las decisiones reproductivas de las mujeres que migran. Entre los más relevantes está la teoría de la difusión, la cual plantea que los comportamientos sociales, culturales o tecnológicos se propagan a través de redes y vínculos interpersonales (Levitt, 1998; National Research Council, 1999; Consejo Nacional de Población, 2001). Esta perspectiva permite comprender cómo se transmiten nuevas actitudes y prácticas sobre la reproducción —como el uso de anticonceptivos o la reducción del tamaño familiar— entre diferentes grupos y contextos. En su vínculo con los procesos migratorios, esta teoría cobra especial relevancia, ya que quienes migran no solo trasladan prácticas laborales o económicas, también actúan como agentes de cambio cultural, llevando consigo valores, aspiraciones y comportamientos en torno a la reproducción (Del Rey y Quesnel, 2005; Palma, 2016 y 2023; Regules, 2018). En México, se ha documentado que las mujeres que se trasladan a zonas urbanas adoptan de forma más acelerada los métodos anticonceptivos y muestran menor deseo de descendencia en comparación con aquellas que permanecen en sus comunidades de origen, lo que se interpreta como un proceso de difusión cultural en el que las normas urbanas influyen directamente en sus decisiones.

Otras perspectivas recurrentes en el análisis de la fecundidad en contextos migratorios internacionales son las hipótesis de selectividad, de adaptación o asimilación, y de ruptura. La primera sugiere que la población migrante no es una representación aleatoria de su comunidad de origen, sino que posee características particulares que la distinguen, las que incluyen actitudes reproductivas previas al desplazamiento (Hervitz, 1985; Rodríguez, 2013). Por su parte, la hipótesis de adaptación sostiene que los migrantes tienden a replicar patrones aprendidos en su infancia, y que solo la segunda generación adopta plenamente los niveles de fecundidad característicos del país receptor (Castro-Martín y Rosero-Bixby, 2011; Rodríguez,

2013; Regules, 2017), proceso que es más factible a menor edad de migración. Finalmente, la hipótesis de ruptura plantea que el desplazamiento puede modificar los proyectos reproductivos debido a factores como la separación de la pareja o las dificultades económicas o emocionales, lo cual impacta tanto en la cantidad como en el momento de los nacimientos (Hervitz, 1985; Rodríguez, 2013).

Más allá de estas teorías vinculadas a la movilidad humana, las decisiones reproductivas de las mujeres también dependen de características sociodemográficas específicas que inciden en sus elecciones (Hervitz, 1985; Fernández-Albarrán, 2013; Palma, 2016 y 2023). Entre las más influyentes destacan la edad, la escolaridad, el estado civil, la ocupación, el nivel socioeconómico, el tipo de residencia (urbana o rural), la pertenencia étnica y la religión (Welti-Chanes, 2012; Gayet y Juárez, 2021; Montoya-García et al., 2023). Por ejemplo, quienes cuentan con mayores niveles de educación tienden a retrasar la maternidad y a preferir familias más pequeñas, motivadas tanto por la prolongación de sus estudios como por una mayor participación laboral (Neels y De Wachter, 2010; Canales et al., 2011; Ortiz-Ávila y Devolder, 2016; Juárez et al., 2024). Asimismo, las jóvenes suelen tener actitudes más flexibles o variables frente a la fecundidad, mientras que en edades avanzadas se tiende a limitar o renunciar a nuevos embarazos (Lipovetsky, 1997; Gayet y Juárez, 2020; Juárez et al., 2024). El estado conyugal también es un factor definitivo, pues quienes están casadas o en uniones estables tienden a mostrar mayor inclinación hacia la maternidad que las que están solteras (Castro-Martín et al., 2011; Paéz-Domínguez, 2022). Además, estas variables interactúan con factores culturales, contextuales y estructurales, configurando un escenario diverso y dinámico en relación con las preferencias reproductivas.

Las encuestas sociodemográficas como la ENADID permiten analizar diversos indicadores vinculados con estas decisiones, especialmente entre mujeres en edad fértil. Por ello, numerosos estudios han centrado su atención en aspectos como el deseo de tener hijos, la intención de espaciar o limitar nacimientos, el número ideal de descendencia y la congruencia entre





fecundidad deseada y observada (Gayet y Juárez, 2020 y 2021; Espinel y Aguilar, 2019; Regules, 2018; Paz-Gómez, 2010). Asimismo, determinantes como la edad al primer nacimiento, la historia reproductiva, la situación conyugal y el uso de métodos anticonceptivos, tanto en la primera relación sexual como de manera actual, permiten profundizar en los elementos que inciden en estas preferencias (Ortiz-Ávila, 2024; Moreno y Gutiérrez, 2021; Brugeilles y Rojas, 2020; Ortiz-Ávila y Devolder, 2012). Estos indicadores se han utilizado ampliamente para el estudio de las transiciones reproductivas, la desigualdad de género y el acceso a servicios de salud (Gayet y Juárez, 2020; Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2016).

## Metodología

### Fuente de información sociodemográfica

Para alcanzar el objetivo principal de este trabajo, que es estudiar las preferencias reproductivas de mujeres migrantes y no migrantes en México, se analizó la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2023*, fuente que tiene el propósito de actualizar los indicadores estadísticos más importantes sobre la magnitud y el comportamiento de los principales componentes que intervienen en la dinámica demográfica, como la fecundidad, la mortalidad y la migración, tanto interna como internacional. De igual forma, considera algunos aspectos más que inciden en el crecimiento poblacional: la salud sexual y reproductiva, el uso de métodos anticonceptivos, la salud materno-infantil y los patrones de nupcialidad. Una de las ventajas de la ENADID es que recoge datos detallados sobre diversas características sociodemográficas de las mujeres, como la edad, el estado civil, el nivel educativo o la condición de hablante de lengua indígena, lo que permite analizar cómo estos factores influyen en las decisiones reproductivas y cómo se modifican en el contexto migratorio.

### Plan de análisis

Para realizar este trabajo se consideró a las mujeres de entre 15 y 54 años de edad que decla-

raron haber residido en una entidad federativa distinta o en otro país en agosto de 2022 (no migrantes = 24 441 869 y migrantes = 266 550). Se optó por una clasificación dicotómica de las mujeres según su condición migratoria: migrantes y no migrantes, sin distinguir entre movilidad interna e internacional, por el limitado stock de las últimas. Sin embargo, se reconoce que esta elección implica restricciones analíticas, ya que invisibiliza las diferencias potencialmente relevantes entre ellas en cuanto a su perfil sociodemográfico, condiciones de llegada, estrategias de integración y contextos normativos en origen y en destino. Como señalan Del Rey y Quesnel (2005) y Regules (2018), las trayectorias migratorias internas e internacionales presentan efectos diferenciados sobre las decisiones reproductivas, por lo que una aproximación más desagregada podría aportar hallazgos sustantivos adicionales y matizar la interpretación de los resultados.

En un primer momento, se calcularon indicadores objetivos y subjetivos como: el promedio de hijos nacidos vivos, el deseo de más hijos, el tiempo de espera para el siguiente hijo y el ideal de hijos.

En un segundo momento, se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple, donde la variable dependiente es el número ideal de hijos que las mujeres de entre 15 y 54 años desearían tener, con el objetivo de analizar qué características sociales y demográficas tienen mayor relación. La definición para este modelo es la siguiente:

$$y_i = b_0 + b_1x_{1i} + b_2x_{2i} + b_3x_{3i} + b_4x_{4i} + b_5x_{5i} + b_6x_{6i} + u_i$$

Además, se incluyen seis variables independientes ( $x_{ki}$ ) como: la condición de migración, la edad, el nivel educativo, la condición de unión, la condición de actividad y el tamaño de la localidad. Es así que,  $b_0$  es el término constante,  $b_1, b_2, \dots, b_5$  son los parámetros de la pendiente y  $u_i$  es la expresión de error o perturbación (Montero-Granados, 2016). Se optó por utilizar un modelo de regresión lineal múltiple por su ventaja para identificar el efecto de diversas variables en una continua, controlando por distintos factores. Estudios recientes, como el de Espinel y Aguilar (2019), utilizan modelos de regresión lineal múl-



tiple para analizar la influencia de características sociodemográficas sobre el comportamiento reproductivo de mujeres en edad fértil, confirmando su pertinencia para este tipo de estudios, al permitir detectar asociaciones en poblaciones heterogéneas.

## Resultados

Antes de iniciar con el tema de estudio se plasman las características sociodemográficas de la población analizada. En primer lugar, se puede decir que, la edad promedio es de 38.4 años entre las no migrantes y 33.8 años entre las migrantes. De las últimas, 76.7 por ciento se encuentran unidas, frente a 69.5 por ciento de las migrantes. El porcentaje de exunidas es más alto entre las migrantes (23.0%) que en su contraparte (15.7%) y la proporción de mujeres que nunca han estado unidas es casi idéntica en ambos grupos: 7.6 por ciento en las no migrantes y 7.5 por ciento en las migrantes.

En cuanto al nivel educativo, la proporción de mujeres sin escolaridad es ligeramente menor en las migrantes (0.9%) que en las no migrantes (1.8%). Más de la mitad de las mujeres de ambos grupos tienen educación básica, 53.7 por ciento de las no migrantes y 56.7 por ciento de las migrantes. La proporción de mujeres con nivel medio es similar en ambos grupos (24.0% no migrantes y 24.8% migrantes), mientras que en nivel superior las no migrantes tienen una ligera ventaja (20.5% frente a 17.6%). En términos de actividad económica, 60.4 por ciento de las mujeres no migrantes pertenece a la Población Económicamente Activa (PEA), comparado con 56.6 por ciento entre las migrantes. La Población No Económicamente Activa (PNEA) representa 39.6 por ciento de las no migrantes y 43.4 por ciento de las migrantes. Finalmente, en relación con el tamaño de la localidad, 49.3 por ciento de las migrantes vive en localidades de 100 000 habitantes y más, frente a 42.9 por ciento de las no migrantes. Las proporciones en localidades de 15 000 a 99 999 habitantes son similares (15.8% migrantes y 14.6% no migrantes). En localidades de 2 500 a 14 999 habitantes, el porcentaje de no migrantes (15.6%) supera al de migrantes (11.1%), tendencia que persiste en lo-

calidades con menos de 2 500 habitantes (26.8% no migrantes y 23.8% migrantes).

En resumen, las características sociodemográficas muestran que las mujeres migrantes comparten ciertos aspectos con las no migrantes; sin embargo, las primeras se enfrentan a desafíos específicos vinculados al fenómeno migratorio, entre los que destacan las limitadas oportunidades laborales, el reducido acceso a servicios básicos y, en ciertos contextos, la exposición a violencia de género.

La diferenciación entre indicadores objetivos y subjetivos permite distinguir entre los eventos reproductivos ya ocurridos y las aspiraciones o expectativas de las mujeres, las cuales están influidas por su entorno social, económico y por la experiencia migratoria. El indicador objetivo analizado en este caso es el número de hijos nacidos vivos, que representa un hecho concreto en la trayectoria de vida de las mujeres.

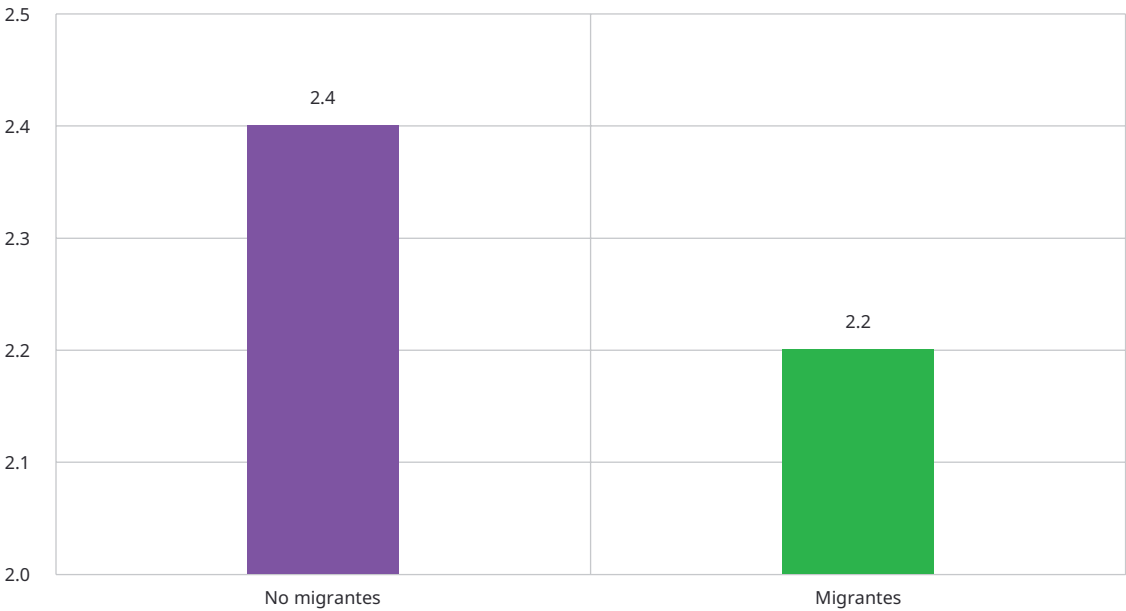
La gráfica 1 muestra como la población femenina no migrante registra un promedio ligeramente mayor de hijos nacidos vivos (2.4) en comparación con su contraparte migrante (2.2 hnv). Si bien la diferencia es pequeña, podría reflejar ciertas divergencias en los proyectos de vida familiar en los dos grupos.

Este patrón también podría estar relacionado con factores estructurales, como el acceso desigual a servicios de salud reproductiva, la duración de la estancia en el lugar de residencia, el estatus migratorio o la disponibilidad de redes de apoyo. Se ha demostrado que estos elementos pueden influir en la decisión de postergar o limitar el número de hijos (Rodríguez-Portilla y Martínez-Rojo, 2011; Del Rey y Grande, 2017). Por tanto, no es adecuado atribuir esta diferencia solo a la condición migratoria, sino debe comprenderse como resultado de un entramado de condiciones sociales, económicas y personales que inciden en la trayectoria vital de las mujeres.

En contraste con el indicador objetivo antes mencionado, los indicadores subjetivos como: el deseo de tener más hijos, el tiempo que desean esperar para el siguiente y el número ideal de hijos, reflejan las posibles aspiraciones y los planes reproductivos de cara al futuro. La gráfica 2 presenta la distribución porcentual

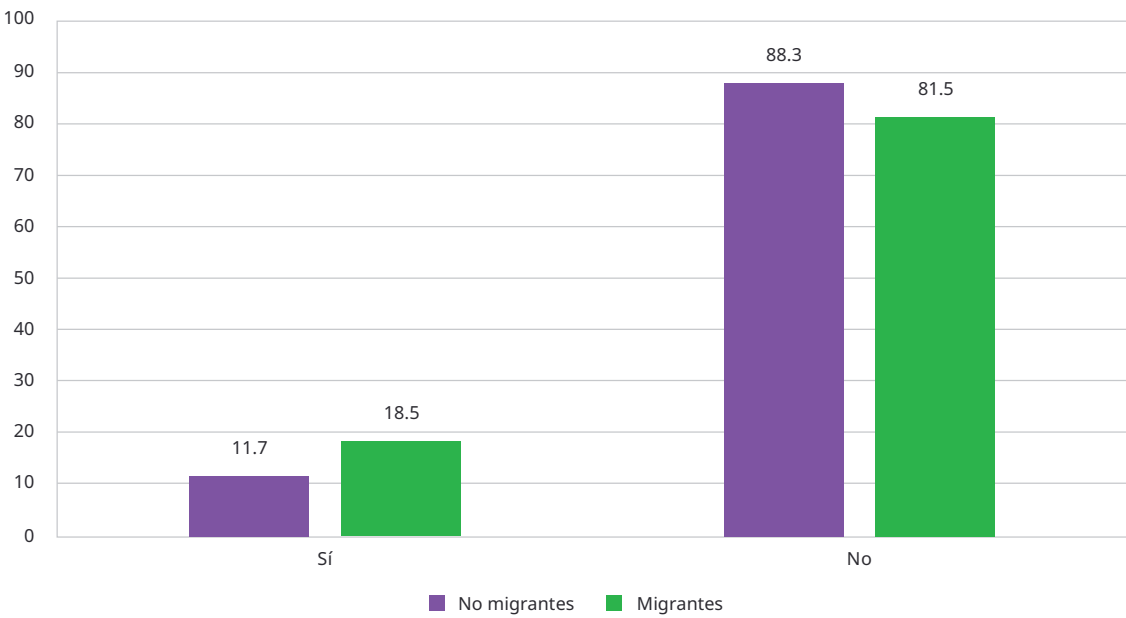


**Gráfica 1.**  
**República mexicana. Número promedio de hijos nacidos vivos de la población femenina migrante y no migrante, 2023**

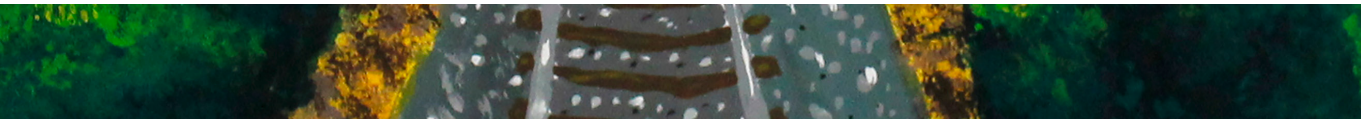


Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2024).

**Gráfica 2.**  
**República mexicana. Distribución porcentual de la población femenina migrante y no migrante según su deseo de más hijas(os), 2023**



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2024).



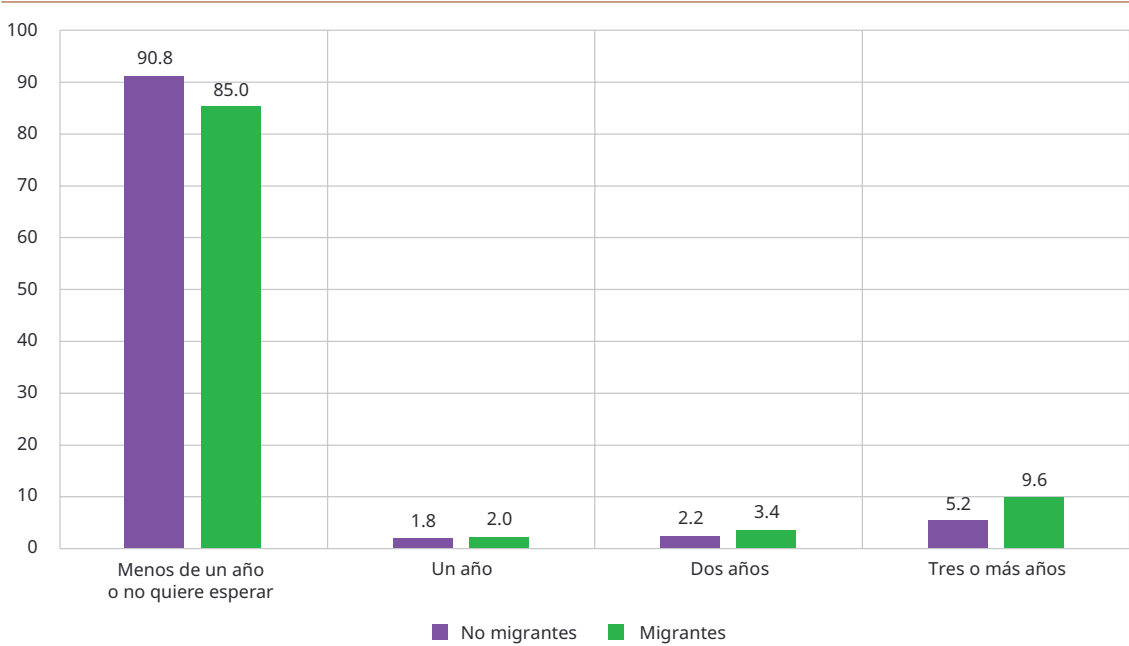
de las mujeres, migrantes y no migrantes, según su deseo de tener más hijos en 2023. En ambos grupos, la mayoría de las mujeres declaró no desear más hijos, lo que sugiere una posible tendencia general hacia la paridad satisfecha. No obstante, se observa una proporción más grande de mujeres migrantes (18.5%) que manifestó el deseo de tener más hijos, en comparación con las no migrantes (11.7%).

Esta diferencia podría estar asociada a múltiples condiciones. Una posible explicación es que algunas mujeres migrantes, una vez alcanzados ciertos niveles de estabilidad económica, acceso a servicios de salud o cumplimiento de metas prioritarias, se sientan en condiciones para ampliar su familia. En este sentido, Del Rey y Grande (2017) identifican un patrón de fecundidad por etapas en mujeres migrantes, donde la "segunda etapa" corresponde a un periodo de compensación de la fecundidad posterior al asentamiento, caracterizado por un aumento en los nacimientos como una forma de "recuperar" aquellos que se aplazaron antes o durante la migración. Este comportamiento podría estar presente en parte del grupo analizado, aunque

es necesario considerar que no necesariamente reflejan trayectorias homogéneas, sino más bien una diversidad de trayectorias marcadas por factores como edad al migrar, el estatus migratorio, la presencia de redes familiares o el acceso a servicios de salud.

La gráfica 3 expone la distribución porcentual de las mujeres en 2023, según el tiempo que desean esperar para tener su siguiente hijo. Las migrantes muestran una mayor tendencia a querer esperar más tiempo (especialmente tres o más años) para tener otro hijo en comparación con las no migrantes. Comportamiento probablemente vinculado a las condiciones de estabilidad socioeconómica que buscan alcanzar tras el proceso de movilidad y la adaptación en el nuevo entorno, incluyendo la reorganización de sus proyectos de vida (Del Rey y Grande, 2017). Sin embargo, en ambas poblaciones se observa una alta proporción que no desea postergar la llegada del siguiente hijo, lo cual sugiere que el deseo de espaciar los nacimientos varía según factores como la edad de la mujer, el número de hijos previos, la estabilidad de la relación de pareja o la situación económica.

**Gráfica 3.**  
República mexicana. Distribución porcentual de la población femenina migrante y no migrante según el tiempo que desean esperar para la(el) siguiente hija(o), 2023



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2024).

La gráfica 4 señala la distribución porcentual de las mujeres en relación con quien toma la decisión sobre el número de hijos. La mayoría reportaron que la decisión es de ambos miembros de la pareja: 71.9 por ciento de las no migrantes y 64.4 por ciento de las migrantes así lo indicaron. Sin embargo, entre las mujeres migrantes hay una mayor proporción que afirma que ellas toman la decisión (34.2%), en comparación con las no migrantes (26.4%), lo que puede interpretarse de distintas maneras. Por un lado, refleja un mayor ejercicio de autonomía en las decisiones reproductivas. Por otro lado, podría ser consecuencia de vínculos afectivos menos estables o de un menor involucramiento por parte de la pareja, lo que lleva a que la responsabilidad recaiga principalmente en las mujeres (Cárdenas-Rodríguez et al., 2018; Rodríguez, 2013). En contraste, la participación exclusiva de la pareja masculina en esta decisión es mínima en ambos grupos (1.7% en no migrantes y 1.4% en migrantes).

Uno de los elementos más significativos en la vida reproductiva de las mujeres es el ideal de hijos, entendido como el número de hijos que consideran deseable tener a lo largo de su vida. Este número no solo refleja aspiraciones personales, está profundamente influenciado por factores socioculturales, económicos, educativos y contextuales, como el acceso a servicios de salud reproductiva, la participación en el mercado laboral, el nivel educativo y el entorno familiar y comunitario (Espinell y Aguilar, 2019; Paz-Gómez, 2010). Además, este ideal puede transformarse con el tiempo, en función de las experiencias de vida, los cambios en las condiciones sociales y las trayectorias migratorias (Regules, 2018). Los resultados de un estudio internacional evidenciaron la existencia de un ideal reproductivo en torno a la familia pequeña, conformada principalmente por dos hijos. Aunque la preferencia por familias numerosas no fue común, ninguna de las mujeres expresó el deseo de no tener descendencia. Este hecho puede interpretarse como reflejo de una fuerte carga cultural alrededor del rol social de la mujer, donde la maternidad sigue considerándose un propósito de vida, especialmente en contextos donde los mandatos de género tradicionales siguen vigentes

(Lipovetsky, 1997; Fanta-Garrido, 2015; Gayet y Juárez, 2020).

La gráfica 5 muestra la distribución porcentual de las mujeres según el ideal de número de hijos. Se observa que el grupo más numeroso, tanto de mujeres migrantes como de no migrantes, considera ideal tener tres hijos o más, con 42.7 y 46.8 por ciento, respectivamente. En segundo lugar, se encuentran aquellas que su ideal es tener dos hijos, representan 36.6 por ciento de las no migrantes y 33.2 de las migrantes.

Un porcentaje menor de mujeres expresó como deseo tener solo un hijo (12.7% de no migrantes y 19.5% de migrantes), mientras que la opción de no tener hijos fue la menos mencionada en ambos grupos (3.9% entre las mujeres no migrantes y 4.6% entre las migrantes).

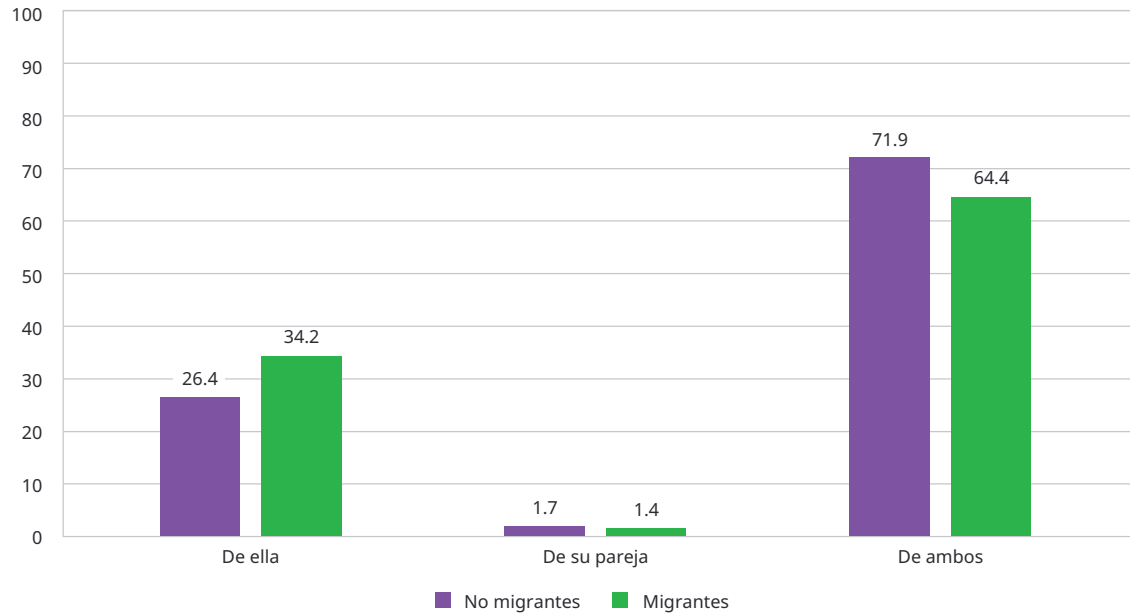
En particular, las mujeres no migrantes tienen un promedio ligeramente mayor de hijos (2.6) en comparación con las migrantes (2.4).

Si bien persiste una preferencia general por núcleos con más de dos hijos, las mujeres migrantes tienden a idealizar en mayor medida a las familias pequeñas (uno o ningún hijo), lo que podría relacionarse con factores del contexto de movilidad y de la adaptación social o económica. Hasta este punto, puede decirse que los resultados sugieren que tanto sus decisiones como sus aspiraciones están influenciadas por una combinación de experiencias previas y nuevas condiciones derivadas de su proceso de movilidad. Comprender esta dinámica requiere distinguir entre los comportamientos reproductivos ya ocurridos y las expectativas a futuro, enmarcadas en trayectorias individuales complejas y en entornos migratorios heterogéneos.

Como segundo objetivo se busca determinar las características sociodemográficas que influyen en el número ideal de hijos, con particular énfasis en la condición migratoria (véase cuadro 1). En conjunto, el modelo explica aproximadamente 16.7 por ciento de la variabilidad en el número ideal de hijos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres migrantes y no migrantes en cuanto al número ideal de hijos ( $B = -0.031$ ;  $p = 0.391$ ). Esto indica que, la experiencia migratoria no tiene un efecto notable sobre las preferencias reproductivas. Este resultado permite matizar los hallazgos des-

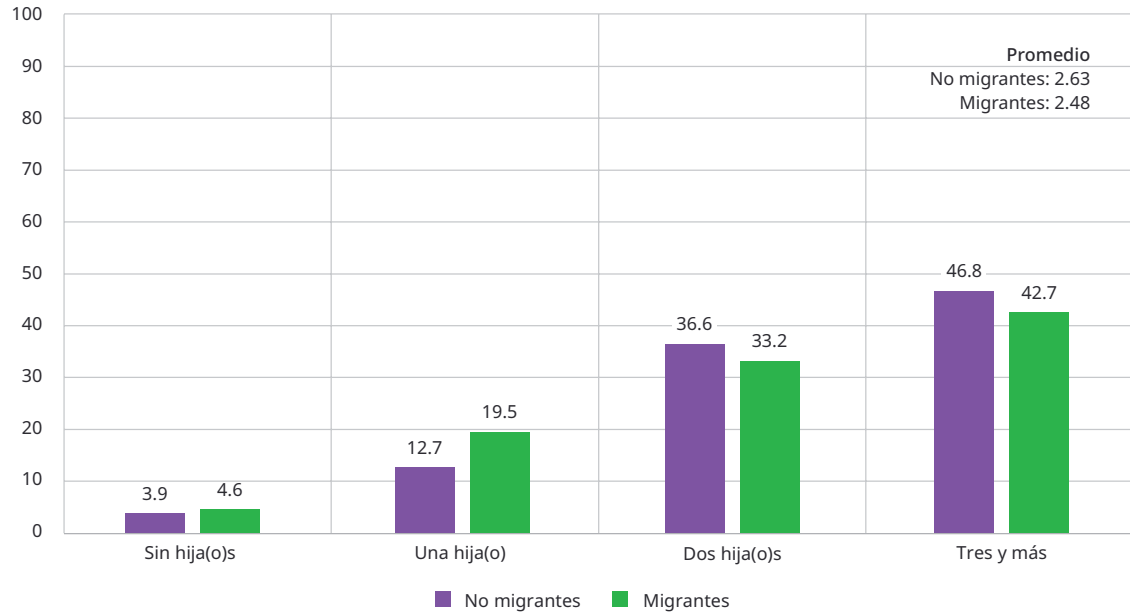


**Gráfica 4.**  
República mexicana. Distribución porcentual de la población femenina migrante y no migrante según la decisión de número de hijas(os), 2023



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2024).

**Gráfica 5.**  
República mexicana. Distribución porcentual de la población femenina migrante y no migrante según el número ideal de hijas(os), 2023



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2024).



criptivos y plantea que las diferencias observadas en el ideal de hijos entre mujeres migrantes y no migrantes podrían estar más relacionadas con componentes estructurales que con la migración en sí misma. En particular, el hecho de no haber diferenciado entre migración interna e internacional podría haber diluido posibles matices relevantes, ya que ambos tipos de movilidad implican trayectorias de vida distintas.

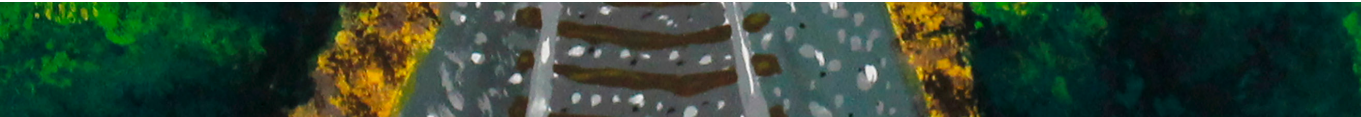
Por otro lado, las mujeres más jóvenes (20-29 años) tienden a desear menos hijos

( $B=-0.109$ ;  $p<0.001$ ) que las adolescentes (15-19 años), pero a partir de los 35 años, el número ideal de hijos aumenta significativamente con la edad, lo que puede reflejar cambios generacionales o etapas del ciclo de vida (véase cuadro 1).

En cuanto a la condición de unión, tanto las mujeres exunidas como las que nunca han estado unidas desean significativamente menos hijos ( $B=-0.228$ ;  $p<0.001$ ) que aquellas que actualmente tienen pareja, la diferencia es más pronunciada con las que nunca han tenido una

Cuadro 1. Resultados del ajuste del modelo de regresión lineal con variable dependiente el número ideal de hijos y las características sociodemográficas de las mujeres, 2023			
Variable	Categoría	B	P> t
Condición de migración	Migrante (Ref.)		
	No migrante	-0.031	0.391
Grupos de edad	15 a 19 años (Ref.)		
	20 a 24 años	-0.053	0.002
	25 a 29 años	-0.109	0.000
	30 a 34 años	-0.018	0.345
	35 a 39 años	0.146	0.000
	40 a 44 años	0.330	0.000
	45 a 49 años	0.482	0.000
	50 a 54 años	0.631	0.000
Condición de unión	Unidas (Ref.)		
	Exunidas	-0.228	0.000
	Nunca unidas	-0.717	0.000
Nivel de escolaridad	Sin escolaridad		
	Básica	-0.387	0.000
	Media	-0.654	0.000
	Superior	-0.795	0.000
Tamaño de localidad	Loc. 100 000 y más hab. (Ref.)		
	Loc. 15 000 a 99 999 hab.	0.087	0.000
	Loc. 2 500 a 14 999 hab.	0.182	0.000
	Loc. menor 2 500 hab.	0.423	0.000
Condición de actividad	PEA (Ref.)		
	PNEA	0.104	0.000
Constante		2.692	0.000
R-cuadrada		0.1668	0.000

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2024).



unión ( $B=-0.717$ ;  $p<0.001$ ), lo que podría estar relacionado con distintos proyectos de vida o una menor presión social hacia la maternidad (véase cuadro 1).

El nivel de escolaridad muestra un patrón inverso al número ideal de hijos: a mayor escolaridad, menor deseo reproductivo, destacando que las mujeres con estudios superiores desean en promedio 0.8 hijos menos ( $B = -0.795$ ;  $p< 0.001$ ) que aquellas sin escolaridad, posiblemente debido a un mayor acceso a información, los proyectos personales o profesionales, y el control reproductivo.

El tamaño de la localidad también influye: quienes residen en localidades pequeñas expresan un número ideal de hijos mayor comparadas con las habitantes de zonas urbanas de más de 100 000 habitantes. Este resultado sugiere que las condiciones rurales o semirurales están asociadas a valores familiares más tradicionales o menor acceso a información y aceptación de métodos anticonceptivos.

Finalmente, las mujeres que no participan en la actividad económica (PNEA) manifiestan un deseo ligeramente mayor de hijos ( $B = 0.104$ ;  $p< 0.001$ ) que aquellas activas económicamente, lo que podría verse afín a ciertas expectativas sociales o de género tradicionales sobre el papel reproductivo y doméstico, así como a un deseo de mayor libertad de crecimiento profesional (véase cuadro 1).

Estos resultados permiten observar que las preferencias reproductivas de las mujeres en México pueden estar fuertemente asociadas a transformaciones como a la expansión educativa, el aumento de la participación laboral femenina y la redefinición de los roles de género. Por tanto, el impacto de la migración sobre los ideales reproductivos podría estar mediado o incluso desplazado por estos procesos sociales más amplios (Ortiz-Ávila y Devolder, 2016; Cárdenas-Rodríguez et al., 2018; Juárez et al., 2024).

## Consideraciones finales

Este trabajo tuvo como propósito analizar las diferencias en las preferencias reproductivas de mujeres migrantes y no migrantes en México, a partir de indicadores tanto objetivos como

subjetivos construidos con información de la ENADID 2023, para detectar patrones asociados al número de hijos nacidos vivos, el deseo de tener más hijos, el tiempo de espera para un siguiente nacimiento y el número ideal de hijos.

El análisis descriptivo expuso que las mujeres migrantes, en promedio, tienen un menor número de hijos, un deseo reducido de tener más hijos de los que ya tiene y un número deseado de hijos ligeramente inferior en comparación con las no migrantes. También se identificó una proporción más grande de mujeres migrantes que afirman tomar por sí mismas la decisión sobre el número de hijos, lo cual podría reflejar mayor autonomía o posibles contextos de menor corresponsabilidad o estabilidad conyugal (Pessar y Mahler, 2003; Pedraza, 1991).

Sin embargo, al controlar estadísticamente por las características sociodemográficas no resultó significativa en la explicación del número ideal de hijos. Este hallazgo sugiere que las diferencias observadas podrían estar más relacionadas con variables estructurales que con la experiencia migratoria en sí misma (Espinel y Aguilar, 2019; Paz-Gómez, 2010).

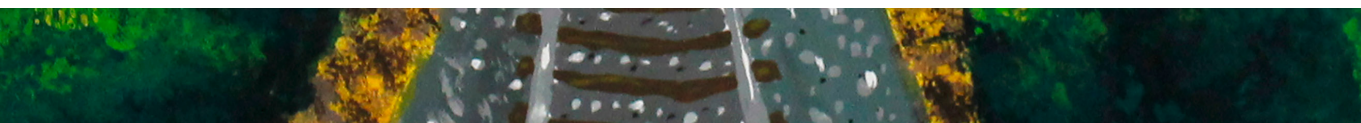
Aunque la teoría de la difusión ofrece un marco útil para interpretar la circulación de valores reproductivos en contextos migratorios, los hallazgos sugieren una realidad más compleja. El modelo estadístico mostró que la experiencia migratoria, por sí sola, no explica las diferencias observadas, y que otros factores como la edad, el nivel de escolaridad o la condición de unión tienen mayor peso explicativo. En este sentido, los datos respaldan parcialmente la hipótesis de ruptura, ya que, si bien se observa en promedio un menor número de hijos entre mujeres migrantes, no se identifica una relación causal directa entre la migración y la reducción del número deseado de hijos. Más bien, ciertos componentes asociados al contexto migratorio como: la inestabilidad económica, la ausencia de redes de apoyo y la separación de la pareja, parecen poder limitar la capacidad de decisión reproductiva, más que modificar profundamente sus aspiraciones (Hervitz, 1985; Rodríguez, 2013; Del Rey y Grande, 2017).

Es importante que los resultados se consideren con mesura, porque el análisis no logra



distinguir entre migrantes internas e internacionales, ni entre trayectorias recientes o de larga duración. La agrupación de todas las migrantes en una sola categoría podría haber diluido efectos específicos, invisibilizando matices sustantivos entre distintos tipos de movilidad (Regules, 2017 y 2018; Del Rey y Quesnel, 2005). Esto refuerza la necesidad de futuros estudios que aborden la diversidad de trayectorias migratorias con enfoques cualitativos desagregados o metodologías longitudinales, con el fin de comprender mejor los vínculos entre movilidad, agencia y reproducción.

Este estudio subraya la relevancia de incluir tanto indicadores objetivos como subjetivos en el análisis de las decisiones reproductivas, e insiste en la necesidad de enfoques más desagregados que reconozcan la diversidad de trayectorias migratorias. También evidencia que, aun cuando los promedios pueden parecer similares, las condiciones en las que las mujeres migrantes ejercen sus derechos reproductivos no lo son. Por ello, se requieren políticas públicas con enfoque interseccional y territorial que reconozcan cómo la movilidad interactúa con desigualdades estructurales en el ejercicio de la autonomía reproductiva.



# La discapacidad de las personas mexicanas retornadas: ¿un reto para el Estado mexicano?

Marisol Luna<sup>1</sup>, Valentina Rabasa<sup>2</sup>

## Resumen

Este artículo analiza las condiciones de doble vulnerabilidad y el acceso a servicios de salud, de las personas mexicanas migrantes retornadas desde Estados Unidos que al menos presentan una condición de discapacidad. A partir del Cuestionario Ampliado del Censo de Población y Vivienda 2020, se identificaron 19 926 personas en esta situación, quienes enfrentan barreras adicionales para ejercer sus derechos. Se exponen sus características sociodemográficas, los tipos y causas de discapacidad, la afiliación a servicios de salud y lugar de atención en caso de enfermedad. Los hallazgos revelan una alta prevalencia de discapacidades visuales y motrices, concentración en edades avanzadas, así como padecimientos posiblemente relacionados con las actividades y condiciones laborales en Estados Unidos y una alarmante proporción sin afiliación médica en México. Aunque el programa gubernamental “México te Abraza” ofrece apoyos sociales a personas retornadas, argumentamos que sin una estrategia operativa clara y diferenciada, el acceso efectivo a los derechos no está garantizado. Se concluye que esta población vive una forma de exclusión estructural, por lo que se recomienda fortalecer su atención con mecanismos de evaluación participativa, enfoque interseccional y coordinación institucional. Garantizar una recepción digna y sin dis-

criminación requiere más que políticas universales: demanda acciones concretas orientadas a la inclusión real.

**Términos clave:** Retorno, deportaciones, condición de discapacidad, políticas públicas y acceso a derechos

## Introducción

Hasta la fecha, el mayor número de deportaciones de personas de nacionalidad mexicana, en comparación con sus antecesores y sucesores, lo mantiene la administración de Barack Obama (2009-2016). Según la Unidad de Política Migratoria Registro e Identidad de Personas (UPMRIP), durante sus dos periodos presidenciales, los eventos<sup>3</sup> de deportación de personas mexicanas ascendieron a 1 844 573 y 1 003 364, respectivamente. En contraste, en la administración de Donald Trump (2017-2020) fueron de 766 376 (la menor cantidad de deportaciones de los últimos 14 años, con un promedio anual de 191 594 eventos) y 839 760 en la de Joe Biden (2021-2024).

Más allá del volumen de deportaciones, es fundamental analizar la diversidad de perfiles de las personas retornadas, considerando características como edad, sexo y nivel educativo, entre otras. Estos factores son esenciales para diseñar políticas públicas que permitan ofrecer servicios adecuados y apoyar a las personas

<sup>1</sup> Profesora-Investigadora. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México (msluna@flacso.edu.mx).

<sup>2</sup> Profesora-Investigadora. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México (valentina.rabasa@flacso.edu.mx).

<sup>3</sup> Las cifras se refieren a eventos debido a que una persona puede ser devuelta en más de una ocasión, y provienen de la Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas [UPMRIP] (2025a y 2025b).

recién llegadas, muchas de las cuales han perdido o mantienen lazos débiles con sus comunidades de origen.

Además, hay niveles de vulnerabilidad diferenciados entre la población retornada.<sup>4</sup> Un ejemplo significativo es el caso de personas con una o más condiciones de discapacidad, quienes enfrentan barreras adicionales en el acceso a servicios y al ejercicio de sus derechos. En consecuencia, la atención gubernamental debe ser diferenciada e implicar esfuerzos adicionales en términos de inclusión y asistencia específica.

Múltiples estudios académicos y de organismos nacionales e internacionales han analizado las condiciones de las personas deportadas observando diferentes aspectos que las caracterizan y que van desde el intento de reintegrarse a contextos ahora desconocidos en espacios sociales, laborales, familiares o de salud, hasta las experiencias de aquellos que buscaron regresar a Estados Unidos (Anderson, 2020; Jacobo y Cárdenas, 2020). Asimismo, se han evaluado las circunstancias y necesidades de la población migrante de retorno (CONAPO, 2024). No obstante, poco se ha dicho sobre las condiciones y posibilidades que tienen las personas migrantes mexicanas con alguna condición de discapacidad para ejercer sus derechos a servicios básicos como la educación y la salud.

En este sentido, a partir de un análisis descriptivo, el objetivo es indagar aspectos relacionados con la salud, como acceso, vía de afiliación o derechohabencia y lugar de atención en caso de necesitarla, de la población mexicana retornada con al menos una condición de discapacidad. Además de describir sus características sociodemográficas y la naturaleza de la discapacidad que presentan. Con ello, se busca proporcionar un panorama integral sobre las necesidades de esta población y contribuir a la

construcción de una guía para la formulación de políticas públicas que garanticen una atención responsable y efectiva.

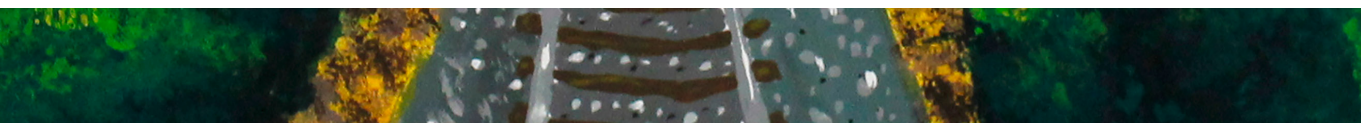
El Cuestionario Ampliado del Censo de Población y Vivienda 2020 captó a 19 926 personas portadoras de una doble vulnerabilidad, eran migrantes retornados que vivían con una condición de discapacidad. El gobierno federal supo reaccionar a las amenazas de deportaciones masivas instrumentando su programa “México te Abraza”, el cual puso a disposición de las personas retornadas una serie de apoyos de diversa índole originalmente desarrollados para los habitantes del territorio nacional. En este contexto, para diseñar políticas públicas adecuadas, además de conocer las características y condiciones de esas personas doblemente vulnerables, resulta fundamental analizar críticamente la capacidad del gobierno mexicano para operacionalizar de forma efectiva los programas destinados a la reintegración, ya que experiencias previas en el ámbito migratorio demuestran que los marcos normativos o programáticos ambiciosos pueden verse limitados por fallas en su implementación, dejando sin atención real, en el mejor de los casos, a las poblaciones más necesitadas.

El texto está organizado en cuatro secciones: una introducción, un apartado metodológico, el análisis a partir de la fuente de información con los resultados y la última de reflexiones finales y recomendaciones de política pública.

## Metodología

Para alcanzar los objetivos, se realizó una investigación cuantitativa de corte transversal y descriptiva. La fuente de información fue la muestra del Cuestionario Ampliado del Censo de Población y Vivienda de 2020 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), aplicado entre el 2 y el 27 de marzo de 2020 con el propósito de: “Producir información sobre la dimensión, estructura y distribución de la población, así como de sus características socioeconómicas y culturales, además de obtener la cuenta de viviendas y sus características, como: materiales de construcción, servicios, equipamiento e instalaciones en la misma.” (INEGI, 2020, Objetivos, párr. 1). Entre las características están la condición de

<sup>4</sup> Para fines de este artículo hablaremos de personas deportadas o retornadas indistintamente porque lo que nos interesa es analizar las barreras que en el destino enfrentan las personas con alguna condición de discapacidad y no la situación migratoria que tenían al salir de Estados Unidos e ingresar a México, ya que, consideramos que, en términos de la atención, los servicios y el acceso a derechos que requieran las personas, es irrelevante considerar dicha circunstancia.





migración, la discapacidad y otras relacionadas con la salud de las personas, como la afiliación y el uso de los servicios de salud.

Para el *Washington Group on Disability Statistics* (2020) una persona tiene discapacidad cuando “no puede” o “tienen mucha dificultad” para realizar actividades como ver, oír, caminar o subir escaleras, recordar o concentrarse, bañarse o vestirse o comunicarse. También considera que padecer alguna enfermedad mental puede afectar la funcionalidad de las personas, de manera que sugiere que se incluya esta condición en la medición de la discapacidad.

En el Cuestionario Ampliado del Censo de 2020 se aborda el tema de discapacidad a partir de dos preguntas: el grado de dificultad para realizar seis actividades, más el padecimiento de algún problema o condición mental, y la causa de origen de cada dificultad o condición mental reportada. Con base en esto, se considera como persona con discapacidad a quienes respondieron “no puede hacerlo” o “lo hace con mucha dificultad” a por lo menos una de las siguientes actividades: ver, aun usando lentes; oír, aun usando aparato auditivo; caminar, subir o bajar; recordar o concentrarse; bañarse, vestirse o comer; hablar o comunicarse (por ejemplo: entender o ser entendido por otros); o si especificó que tiene algún problema o condición mental. Además, se clasificó el tipo de discapacidad en las siguientes categorías:

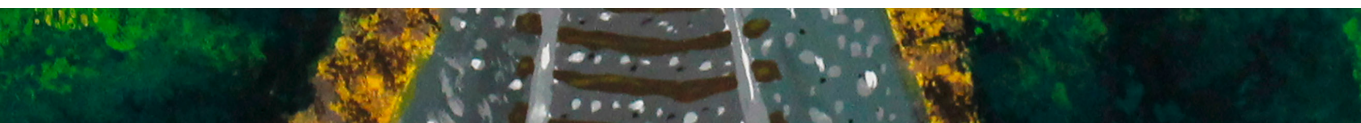
- ◆ Motriz. Agrupa tanto a las personas que tienen mucha dificultad o no pueden caminar, subir o bajar, como a los que manifestaron esos grados de dificultad para bañarse, vestirse o comer.
- ◆ Auditiva. Personas que aun usando algún aparato auditivo no podían oír o lo hacían con mucha dificultad.
- ◆ Visual. Personas que aun usando lentes no podían ver o lo hacían con mucha dificultad.
- ◆ Del habla. Personas que no pueden hablar o comunicarse o se les dificulta mucho.
- ◆ Cognitiva. Personas que no pueden recordar o concentrarse, o lo hacen con mucha dificultad.

La condición de migración de retorno se construyó con base en la respuesta a: “Hace 5 años, en marzo de 2015, ¿en qué estado de la República o en qué país vivía?” De manera que todas las personas que especificaron que no vivían en uno de los 32 estados de la República mexicana se clasificaron como persona migrante de retorno. Por otra parte, como es de interés que sean personas mexicanas, se consideró solo a aquellas que respondieron “Sí” a “¿Tiene nacionalidad mexicana?”

Con base en lo anterior, la población objeto de estudio fueron las personas mexicanas migrantes retornadas de 5 años o más con discapacidad que residían en México en 2020.

Las características sociodemográficas, y sus categorías, utilizadas para describir a la población objeto de estudio, se describen a continuación:

- ◆ Sexo, con dos categorías: hombre o mujer.
- ◆ Grupo de edad. Esta característica se operacionalizó en grupos quinquenales y en grandes grupos de edad (5-18 años, 19-64 años, y 65 o más años).
- ◆ Escolaridad. Solo se consideró a la población de 15 años o más y se agrupó en las siguientes categorías de análisis: sin escolaridad o algún año de preescolar; primaria incompleta (entre 1 y 5 años de escolaridad); primaria completa (entre 6 y 8 años de escolaridad); secundaria completa (9 años de escolaridad); y por lo menos un año de bachillerato o más (10 o más años de escolaridad).
- ◆ Estado conyugal. En esta variable solo se consideran a las personas de 12 años o más y con dos categorías: no unida (solteras, viudas y divorciadas) y unida (casadas por lo civil, religioso o unidas consensualmente).
- ◆ Habla una lengua indígena o si se considera indígena, operacionalizada en dos grupos: si la persona declaró que no habla algún dialecto o lengua indígena y no se considera indígena se le agrupó en “No”; mientras que, si habla algún dialecto o lengua indígena o se considera indígena, se le agrupó en “Sí”.



- ◆ Se considera afrodescendiente. Se le asignó la categoría “Sí”, a las personas que respondieron que por sus antepasados y de acuerdo con sus costumbres y tradiciones se considera afromexicana(o) negra(o) o afrodescendiente, y “No” en caso contrario.
- ◆ Condición de ocupación. Con tres categorías de análisis y solo para las personas de 15 años o más: no activa o inactiva, categoría que considera a la población pensionada(o) o jubilada(o), estudiante, que se dedica a los quehaceres del hogar o que está incapacitado permanentemente para trabajar o no trabaja; activa ocupada, la cual agrupa a la población que trabaja o que tenía trabajo, pero no trabajó; y la activa desocupada, categoría en la cual se consideran a las personas de 16 años o más que buscaron trabajo.
- ◆ Tamaño de la localidad de residencia. Esta característica no se pregunta directamente en el cuestionario, pero el INEGI la proporciona en los microdatos. Se analizó tomando dos categorías: rural (localidad con menos de 2 500 habitantes) y urbana (localidad con 2 500 o más habitantes).
- ◆ Causa de la discapacidad, operacionalizada en cinco categorías analíticas: nacimiento, enfermedad, accidente, edad u otra.
- ◆ La afiliación a los servicios de salud se analizó mediante una variable dicotómica, donde se consideró que la persona tenía afiliación si refirió ser derechohabiente del IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal, PEMEX, Defensa o Marina, el Seguro Popular o para una Nueva Generación (Siglo XXI) o Instituto de Salud para el Bienestar, el IMSS-PROSPERA o IMSS-BIENESTAR, de un seguro privado u otra institución. En caso contrario, se le consideró que no tenía afiliación a algún servicio de salud.
- ◆ Institución de afiliación a los servicios de salud. Solo para las personas con derechohabencia en salud y se operacio-

nalizó en tres grupos: instituciones públicas (Centro de Salud u Hospital de la Secretaría de Salud, Seguro Popular o Instituto de Salud para el Bienestar, el IMSS-PROSPERA o IMSS BIENESTAR; instituciones de la Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena o Secmar); y seguro privado u otro.

- ◆ Lugar de atención a la salud. Esta característica capta la información relacionada con el lugar de atención cuando la persona tiene algún problema relacionado con salud, y se agrupó en: no se atiende; se atiende en instituciones públicas (Centro de Salud u Hospital de la Secretaría de Salud, Seguro Popular o Instituto de Salud para el Bienestar, el IMSS PROSPERA o IMSS BIENESTAR); instituciones de la Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena o Semar); instituciones privadas (consultorio, clínica u hospital privado, consultorio de farmacia); u otro lugar.

Las respuestas “No sabe”, “No responde” o “No especificado” de las variables utilizadas para la descripción de la población migrante de retorno con discapacidad, así como las necesarias para la especificación del grupo a analizar, no fueron consideradas.

Las técnicas estadísticas utilizadas forman parte de la estadística inferencial, en particular, se empleó la estimación puntual de medias y proporciones y sus intervalos de confianza a 95 por ciento.

Los resultados obtenidos tienen en cuenta el diseño de la muestra del Cuestionario Ampliado del Censo 2020 (Unidad Primaria de Muestreo, estrato y ponderador). Solo se interpretaron las estimaciones cuya precisión fuera alta o moderada, es decir, con coeficientes de variación de [0, 15) o [15, 30), respectivamente. Las estimaciones con coeficientes de variación mayores o iguales a 30 por ciento, se conservaron en los cuadros y gráficas, pero no se interpretaron (INEGI, s.f., p. 46). Además, se especificó en una nota al pie del cuadro o gráfica la presencia de estimaciones con precisión moderada o baja. La información se procesó en el paquete estadístico Stata versión 15.1.



## Investigación y resultados

### *Características sociodemográficas*

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de 2020, en México había 383 420 personas migrantes de retorno de 5 años o más (PMRD). De ellas, 19 926 (5.2%) declararon vivir con por lo menos una discapacidad. A diferencia de lo encontrado entre la población mexicana con discapacidad, donde el porcentaje de hombres (46.5%) es inferior (INEGI, 2024), las PMRD tienden a ser en su mayoría varones (69.3%) (véase cuadro 1). Esta diferencia se puede explicar por la ya conocida masculinización de la migración internacional, puesto que, durante décadas, la mayor parte de quienes migraron a Estados Unidos por motivos laborales fueron hombres, principalmente para desempeñar trabajos con alta demanda física como la construcción, la agricultura y los servicios manuales, los cuales aumentan el riesgo de lesiones por accidentes, así como deterioro físico, situación que puede llevar a una discapacidad.

Los mayores porcentajes de PMRD se encuentran en las edades productivas (25 años a 64 años), sobresalen los grupos de edad de 45-54 y 55-64 años, con valores cercanos a 20 por ciento. De esta manera, 48 de cada 100 PMRD tienen 55 años o más (véase gráfica 1). Lo anterior contrasta con lo que sucede entre la población mexicana con discapacidad, que se concentra en el grupo de personas adultas mayores (60 o más años) (INEGI, 2024). Estas diferencias en la estructura por edad posiblemente se deben a que, para las PMRD, la discapacidad no está asociada únicamente con el proceso de envejecimiento, también con sus trayectorias laborales en contexto de vulnerabilidad en el trabajo (Quesada et al., 2011).

Entonces, además del envejecimiento, una posible explicación de la alta prevalencia de discapacidades motrices y visuales entre las PMRD puede encontrarse en las condiciones a las que estuvieron expuestas durante su estancia en Estados Unidos. Diversos estudios muestran que los trabajadores migrantes indocumentados desempeñan labores altamente demandan-

tes en lo físico, con frecuencia en sectores como la agricultura, la construcción o los servicios, en situaciones precarias, con largas jornadas, exposición a químicos, falta de equipo de protección y sin acceso a servicios médicos o seguridad social. Esto genera un deterioro progresivo del estado físico y mental, así como lesiones no tratadas, que se acumulan con el paso de los años (Holmes, 2013; Moyce y Schenker, 2018; Quesada et al., 2011). Al momento del retorno, muchas de estas personas llegan a México con secuelas físicas o condiciones crónicas, lo que refuerza su vulnerabilidad estructural (Quesada et al., 2011). Esta hipótesis debe considerarse en el diseño e implementación de políticas públicas de reintegración, incorporando atención médica especializada, programas de rehabilitación y reconocimiento del daño acumulado como resultado de trayectorias laborales migratorias bajo condiciones de exclusión.

En 2020, según datos del Cuestionario Ampliado del Censo, 52 de cada 100 PMRD estaban unidas al momento de la entrevista, la mayoría residían en una localidad urbana (72.3%), dos de cada diez se consideran indígenas o hablan alguna lengua indígena y 2.5 por ciento declaró ser afrodescendiente (véase cuadro 1).

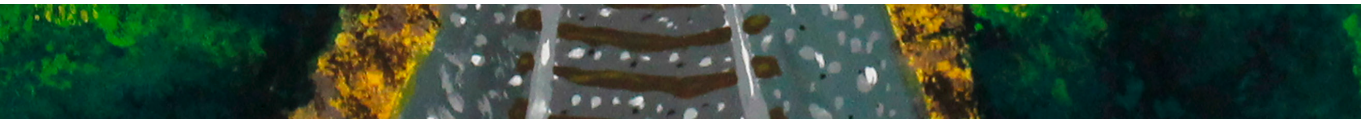
En cuanto a la educación, 10 de cada 100 PMRD de 15 años o más no tenían escolaridad y 42.7 por ciento completó la educación secundaria. Hay valores similares entre la población mexicana con discapacidad, donde 14.9 por ciento no tiene escolaridad y 43.1 logró completar la secundaria o más (INEGI, 2024). De manera que, al parecer, tanto las PMRD como la población mexicana con discapacidad presenta condiciones similares de rezago educativo, aunque con una ligera desventaja para la población analizada, que presenta una mayor proporción sin escolaridad.

Con respecto a las características laborales, del total de PMRD de 16 años o más, 39.7 por ciento era económicamente activa, y dentro de este grupo, la gran mayoría se encontraban empleada u ocupada (véase cuadro 1). La tasa de participación económica (TPE) es similar a la del total de la población de 16 años o más con discapacidad en el país (40.6%) (INEGI, 2024).

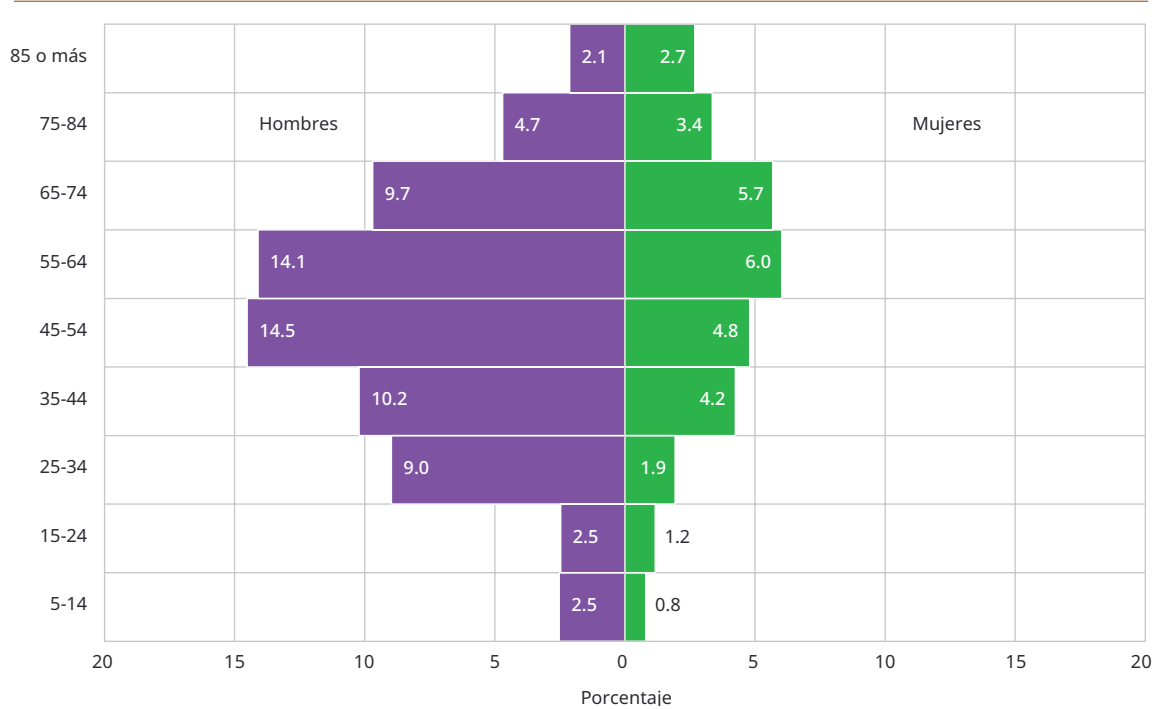


Cuadro 1. República mexicana. Características sociodemográficas de la población migrante internacional de retorno con discapacidad de 5 o más años según variables seleccionadas, 2020			
Característica		Porcentaje	IC95
Sexo			
Hombre		69.3	[65.6, 72.8]
Mujer		30.7	[27.2, 34.4]
Estado conyugal <sup>1</sup>			
No unida		47.2	[43.1, 51.3]
Unida		52.8	[48.7, 56.9]
Escolaridad <sup>2</sup>			
Sin escolaridad		10.2	[8.3, 12.6]
Primaria incompleta		20.5	[17.6, 23.8]
Primaria completa		26.6	[23.3, 30.1]
Secundaria completa		19.7	[16.3, 23.5]
Por lo menos un año de bachillerato o más escolaridad		23.0	[19.4, 27.1]
Población económicamente <sup>3</sup>			
No activa o inactiva		60.27	[56.0, 64.4]
Activa ocupada		38.13	[34.0, 42.4]
Activa desocupada		1.61*	[1.1, 2.4]
Tamaño de localidad de residencia			
Rural		27.7	[24.6, 31.0]
Urbano		72.3	[69.0, 75.4]
Habla una lengua indígena o se considera indígena			
No		77.1	[73.8, 80.2]
Si		22.9	[19.8, 26.2]
Se considera afrodescendiente			
No		97.5	[95.8, 98.5]
Si		2.5*	[1.5, 4.2]

<sup>1</sup> Solo se consideran a las personas de 12 o más años.  
<sup>2</sup> Solo se consideran a las personas de 15 años o más.  
<sup>3</sup> Solo se consideran a las personas de 16 años o más.  
\*Coeficiente de variación se encuentra entre [15, 30].  
IC95 es el intervalo de confianza al 95%.  
Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020).



**Gráfica 1.**  
**República mexicana. Estructura por edad y sexo de población migrante internacional de retorno con discapacidad de 5 o más años, 2020**



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020).

## Características relacionadas con la discapacidad

A nivel nacional, las discapacidades más frecuentes en la población mexicana de 5 años o más son “ver, aun usando lentes (45.8%) y caminar, subir o bajar usando sus piernas (40.3%)” (INEGI, 2024, p. 3). Este patrón coincide con el de las PMRD, donde las discapacidades más frecuentes son la visual y la motriz; 43.8 por ciento no puede ver o lo hacen con mucha dificultad aun con lentes, y 42 de cada 100 personas no pueden caminar, subir o bajar, bañarse, vestirse o comer por sí solos o lo hacían con mucha dificultad (véase gráfica 2). Prácticamente la mitad de las PMRD tienen estos dos tipos de discapacidades, lo que puede relacionarse con la falta de atención médica o de cuidado durante su estancia en el país en el que residían antes del retorno a México o con accidentes relacionados con su tipo de actividad (Enriquez, 2020; Moyce y Schenker, 2018; Quesada et al., 2011).

Es común la presencia de más de una condición de discapacidad en este grupo de población. El promedio de discapacidades entre las PMRD es de 1.5, sin grandes diferencias entre el sexo de la persona, así como por grupos de edad (véase cuadro 2). Si bien 73.8 por ciento (IC95 = [70.1, 77.2]) del total solo tiene una condición, es importante destacar que 15.5 por ciento (IC95 = [13.0, 18.4]) vive con dos y 7.0 por ciento (IC95 = [5.1, 9.6]), con tres discapacidades.

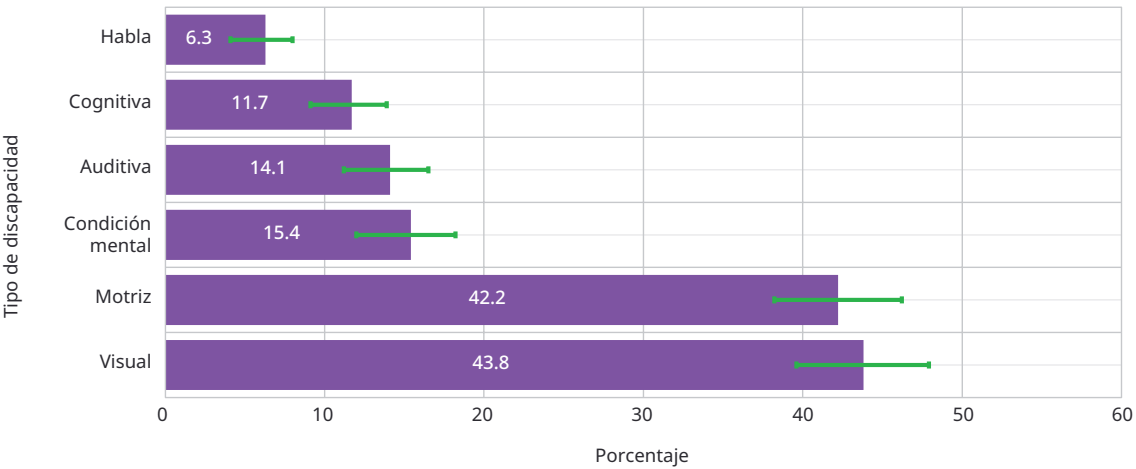
Las causas de discapacidad de mayor peso entre las PMRD son los accidentes (47.6%) y las enfermedades (24.6%), mientras que la edad avanzada (23.6%) (véase gráfica 3), aunque es relevante, no es tan determinante como en la población mexicana con discapacidad, que tiene un patrón diferente, ya que las dos principales causas que reportan con más frecuencia son las enfermedades y la edad avanzada (INEGI, 2024). Es posible que esto se deba a que las personas migrantes de retorno acumulan daños físicos o de salud durante su vida laboral fuera del país,



especialmente en ocupaciones con alta demanda de trabajo físico, como la construcción, las actividades agrícolas y el trabajo doméstico, por mencionar algunas (Holmes, 2013; Moyce y Schenker, 2018; Ahonen et al., 2007). En el caso de las mujeres migrantes, el trabajo doméstico y la informalidad las exponen a violencias invisibilizadas que inciden en su salud física y mental (Enríquez, 2020). Asimismo, a los efectos negativos tanto físicos como mentales, se suma la vul-

nerabilidad en la que se encuentran, entre otras razones, por ser personas indocumentadas. Esta situación provoca miedo que, por sí solo ya impacta en la ansiedad o estrés en las personas estudiadas, pero además implica, en ocasiones, la imposibilidad de asistir a servicios de salud o que dicho servicio sea negado, muchas veces por la discriminación o atención diferenciada por su situación migratoria y sociodemográfica (Grzywacz et al., 2006).

**Gráfica 2.**  
**República mexicana. Población migrante internacional de retorno con discapacidad de 5 o más años según tipo de discapacidad, 2020**



IC95 es el intervalo de confianza al 95%.  
Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020).

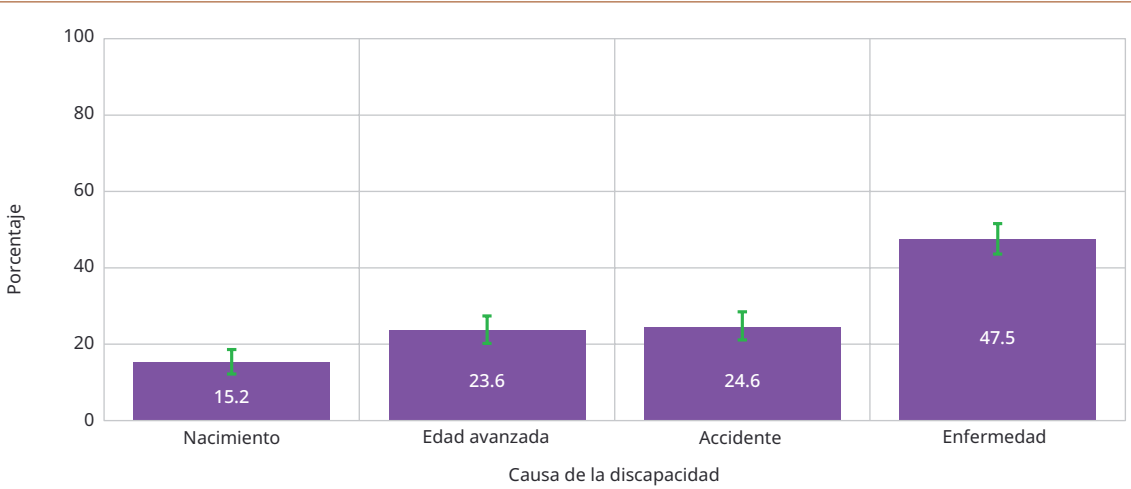
Cuadro 2. República mexicana. Número promedio de discapacidades de la población migrante internacional de retorno con discapacidad de 5 o más años, por sexo y grupo de edad, 2020		
Característica	Número promedio	IC95
Sexo		
Hombre	1.4	[1.32, 1.49]
Mujer	1.5	[1.39, 1.62]
Grupo de edad		
5 -18	1.6*	[1.20, 1.89]
19 - 64	1.3	[1.25, 1.38]
65 o más	1.7	[1.54, 1.88]
Total	1.4	[1.37, 1.51]

\*Coeficiente de variación se encuentra entre [15, 30].  
IC95 es el intervalo de confianza al 95%.  
Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020).

Por tipo, para las discapacidades relacionadas con la motricidad (bañarse o caminar), la visual, del habla y la condición mental, la causa más frecuente es la enfermedad, con porcentajes que oscilan entre 38.0 y 48.7 por ciento. En cambio, la edad es la causa más mencionada

por quienes viven con discapacidades auditivas o cognitivas. Destaca que la segunda causa señalada por las PMRD con dificultades severas para caminar se relaciona con haber sufrido un accidente (véase cuadro 3).

**Gráfica 3.**  
**República mexicana. Causa de la discapacidad de la población migrante internacional de retorno con discapacidad de 5 o más años, 2020**



IC95 es el intervalo de confianza al 95%.  
Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020).

Cuadro 3.							
República mexicana. Lugar de atención a la salud, en caso de problemas, a la que acude la población migrante de retorno con discapacidad de 5 o más años, 2020							
Causa	Tipo de discapacidad						
	Visual	Auditiva	Cognitiva	Habla	Mental	Caminar	Bañarse
Nacimiento	8.7 [6.1, 12.4]	7.9 [4.7, 13.0]	15.7 [15.4, 16.0]	26.4* [16.0, 40.3]	35.9* [25.6, 47.8]	3.2* [1.8, 5.5]	8.7** [4.2, 17.2]
Enfermedad	39.3 [34.2, 44.6]	25.2 [20.0, 31.2]	26.0 [25.6, 26.3]	38.0 [28.1, 49.0]	40.2 [30.0, 51.3]	46.2 [40.8, 51.8]	48.7 [40.0, 57.6]
Accidente	13.9 [9.7, 19.4]	13.0 [9.0, 18.4]	3.4 [3.3, 3.5]	11.0** [5.9, 19.6]	7.9* [4.6, 13.3]	26.3 [21.7, 31.5]	13.5* [9.2, 19.4]
Edad	19.8 [15.7, 24.8]	41.4 [33.9, 49.3]	45.3 [44.9, 45.7]	15.9* [8.7, 27.4]	1.8** [0.8, 3.6]	19.2 [15.2, 24.1]	22.7* [15.9, 31.2]
Otra	18.3 [14.4, 22.9]	12.5 [8.2, 18.7]	9.6 [9.3, 9.8]	8.7** [4.0, 17.9]	14.2* [8.2, 23.5]	5.1* [3.2, 7.8]	6.4** [2.8, 14.0]
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

\*El coeficiente de variación se encuentra entre [15, 30].  
\*\*El coeficiente de variación mayor o igual a 30.  
Entre corchetes está el intervalo de confianza al 95%.  
Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020).

Características relacionadas con la salud y la búsqueda de atención a la salud

El Artículo 4º de la Constitución Mexicana establece que toda persona tiene derecho a la protección a la salud (Cámara de Diputados, 2025). Aun cuando es un derecho constitucional, no está plenamente garantizado para las PMRD, ya que 40.5 por ciento de ellas no están afiliadas a ninguna institución de salud pública o privada, ni tiene derecho a servicios médicos (véase cuadro 4).

De las PMRD con afiliación a servicios de salud: 50.9 por ciento se encuentran en instituciones de la Secretaría de Salud (ss), como el Seguro Popular o para una Nueva Generación (Siglo XXI), el Instituto de Salud para el Bienestar, el IMSS-PROSPERA o el IMSS-BIENESTAR; 38.5 por ciento en las de la Seguridad Social y 11.8 por ciento cuenta con un seguro privado o de otras instituciones (véase cuadro 4).

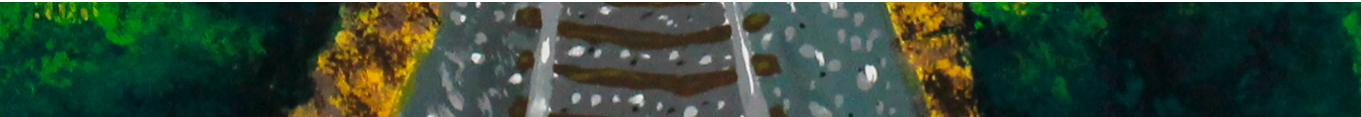
Cuando tienen alguna necesidad en salud, poco más de la mitad de las PMRD utilizan los servicios que proporciona el sistema de salud pública, entre ellos, el mayor número de personas se atiende en instituciones públicas como los Centro de Salud, los Hospitales de la Secretaría de Salud, lo que fue el Seguro Popular o Instituto de Salud para el Bienestar, el IMSS-PROSPERA o IMSS BIENESTAR (30.0%), mientras que 20 de cada 100 acude a instituciones de la Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA o SEMAR) (véase gráfica 4).

No obstante, destaca que en caso de tener problemas relacionados con la salud, 37 de cada 100 PMRD buscan atención en consultorios, clínicas u hospitales privados o en consultorios adyacentes a una farmacia (véase gráfica 4). Este hecho puede considerarse una expresión de la falta de adscripción o derecho a recibir servicios médicos en alguna institución pública. Se ha documentado que, ante la ausencia de afiliación o la percepción de baja calidad o poca disponibilidad en los servicios públicos, las personas se ven obligadas a acudir a servicios privados (OMS, 2010; CONEVAL, 2018; Shahmah-Levy et al., 2020), aun cuando implique un sustancial gasto de bolsillo. Esta situación es especialmente evidente entre la población migrante retornada con discapacidad sin afiliación a servicios de salud, de la cual 65.6 por ciento reportó haber recurrido a clínicas, hospitales o consultorios privados, incluidos aquellos adyacentes a farmacias, para atender sus necesidades médicas (véase cuadro 5). Tendencia que refuerza la hipótesis de que, ante la falta de adscripción institucional, las personas optan por alternativas privadas, lo que implica un mayor gasto de bolsillo y una profundización de su situación de vulnerabilidad.

Estos gastos monetarios en atención privada se consideran regresivos e inequitativos, ya que sin importar el nivel de ingreso de las personas pagan lo mismo por los mismos servicios (OMS, 2010, p. 47). Esto coloca a las PMRD

Cuadro 4. República mexicana. Afiliación a servicios de salud de la población migrante internacional de retorno con discapacidad de 5 o más años, 2020		
Condición de afiliación a servicios de salud e institución de afiliación	Porcentaje	IC95
No está afiliada(o) ni tiene derecho a servicios médicos	40.5	[36.6, 44.7]
Sí está afiliada(o) o tiene derecho a servicios médicos	59.5	[55.3, 63.4]
Instituciones de la Seguridad Social	38.5	[33.4, 43.8]
Instituciones de la Secretaría de Salud	50.9	[45.7, 56.0]
Instituciones privadas u otra	11.8*	[8.5, 16.03]

\*El coeficiente de variación se encuentra entre [15, 30]. Los porcentajes de instituciones de afiliación o derechohabencia no suman 100 por ciento debido a que la respuesta a la pregunta de afiliación a los servicios de salud puede tener hasta dos respuestas. Sólo se consideran a las personas que sí cuentan con afiliación o tiene derecho a servicios médicos. Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020).

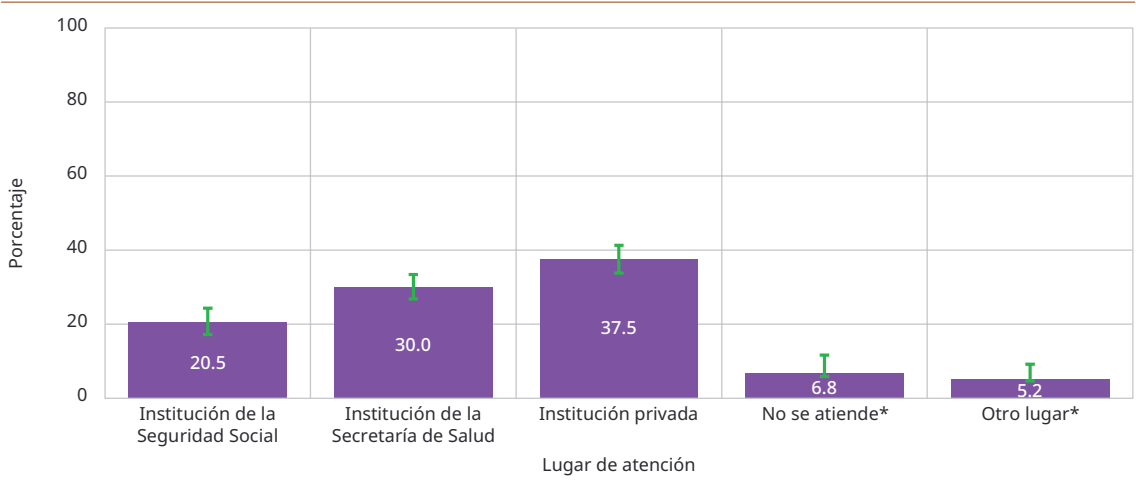


en una situación adicional de vulnerabilidad, ya que se sabe que el gasto de bolsillo en salud pueden ser un factor de empobrecimiento para las personas y sus hogares o peor aún, agudizar la situación de pobreza en caso de estar en ella (Cruz et al., 2007).

Si bien, la gran mayoría de las PMRD acude a algún servicio de salud en caso de necesitar

atención médica, 6.8 por ciento no lo hace. Esto posiblemente está asociado con la carencia del derecho a la salud de grupo, ya que del total de personas sin aseguramiento en salud, 13.0 por ciento no se atiende en caso de una enfermedad (véase gráfica 4 y cuadro 5). Así, parece haber una estrecha relación entre la no búsqueda de atención y el derecho a la salud.

**Gráfica 4.**  
República mexicana. Población migrante internacional de retorno con discapacidad de 5 o más años según lugar de atención a la salud en caso de problemas de salud, 2020



\* El coeficiente de variación se encuentra entre [15, 30].  
IC95 es el intervalo de confianza a 95%.  
Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020).

**Cuadro 5.**  
República mexicana. Afiliación a servicios de salud de la población migrante internacional de retorno con discapacidad de 5 o más años según lugar de atención en caso de problemas de salud, 2020

No afiliación e institución de afiliación o derechohabiencia	Lugar de atención a la salud en caso de problemas de salud (Porcentaje)					Total
	Institución de la Seguridad Social	Institución de la Secretaría de Salud	Institución privada	No se atiende	Otro lugar	
No está afiliada(o) ni tiene derecho a servicios médicos	1.4* [0.5, 3.8]	12.7 [10.0, 16.1]	65.6 [58.4, 72.0]	13.0 [8.0, 20.6]	7.3** [4.0, 13.0]	100.0
Instituciones de la Seguridad Social	84.9 [77.7, 90.1]	2.0 [1.1, 3.5]	9.5 [5.6, 15.6]	3.6* [1.2, 10.7]	0.02* [0.0, 0.2]	100.0
Instituciones de la Secretaría de Salud	1.8 [0.5, 6.0]	80.6 [76.0, 84.5]	14.0 [11.0, 17.7]	1.7 [0.6, 4.9]	1.8 [1.0, 3.5]	100.0
Instituciones privadas u otra	0.4* [0.0, 2.6]	3.1* [1.2, 7.5]	71.0 [53.5, 84.0]	1.4* [0.3, 7.6]	24.1 [12.1, 42.4]	100.0

\*El coeficiente de variación se encuentra entre [15, 30].  
\*\*El coeficiente de variación mayor o igual a 30.  
Entre corchetes está el intervalo de confianza al 95%.  
Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020).

## México te Abraza: ¿programa integral o respuesta simbólica?

A partir del 20 de enero de 2025, al tomar posesión para su segundo periodo presidencial, Donald Trump volvió a marcar una coyuntura compleja en términos de la política migratoria en México. Sus amenazas de deportaciones masivas y de restricciones a la inmigración pusieron en alerta al gobierno de Claudia Sheinbaum ante la necesidad de tener condiciones dignas para recibir y otorgar servicios básicos, determinados por ley, a los mexicanos que formarían parte de esas deportaciones que parecía se iban a incrementar drásticamente.

Durante los últimos 10 años, los eventos de personas migrantes mexicanas deportadas han rondado los 250 000 anuales (UPMRIP, 2025a). Esto indica que hay cierta estabilidad en el volumen, pero sobre todo, una consistencia en los eventos de deportaciones por año. Si observamos las cifras a marzo de 2025, el número de eventos de deportación de mexicanos por autoridades estadounidenses incluso se redujo con respecto al mismo periodo del año anterior. No obstante, el gobierno de México presentó el programa “México te Abraza” el 28 de enero, con el objetivo general de “recibir a las mexicanas y mexicanos repatriados con calidez y humanismo” (Gobierno de México, 2025, p. 5).

Este programa tiene tres estrategias de acción: asistencia y protección consular, recepción y apoyo, y reintegración, instrumentadas a través de la coordinación del gobierno federal con 34 dependencias federales, seis entidades de la frontera norte y diez entidades del centro y sur del territorio nacional. “México te Abraza” incluye el acceso a todos los programas del bienestar del gobierno, promovidos por la Secretaría del Bienestar y por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (Gobierno de México, 2025).

Son alrededor de 14 programas liderados por la Secretaría del Bienestar, entre ellos está la “Pensión para personas con discapacidad”, otorgada a personas de 0 a 64 años con esta condición permanente en todos los estados con convenio. En las entidades sin convenio, la pensión se otorga a personas menores de 65 años en localidades indígenas, afromexicanas o con

alto grado de marginación. El monto de esta pensión se fijó en 3 200 pesos bimestrales para 2025. En cuanto al derecho específico de acceso a la salud se garantiza la incorporación al IMSS y acceso a cinco<sup>5</sup> seguros contemplados en la Ley del Seguro Social (Gobierno de México, 2025).

La puesta en marcha de “México te Abraza” representa un esfuerzo del gobierno mexicano para atender de manera articulada a la población migrante retornada. El programa contempla, entre otros elementos, el acceso a programas sociales de salud. Sin embargo, experiencias previas como la ejecución de la Ley de Migración sugiere que, en el caso particular de la población migrante retornada con al menos una condición de discapacidad, la implementación representa el principal reto para garantizar su acceso efectivo al ejercicio de sus derechos.

En el análisis de resultados con base en el censo 2020, se identificó que las personas mexicanas retornadas son más propensas a vivir con alguna condición de discapacidad, causada por enfermedades y accidentes principalmente, por encima del envejecimiento. Este patrón puede vincularse tanto a la elevada proporción de personas mayores de 55 años en esta población, lo que implica un desgaste físico natural acumulado, como a las condiciones laborales precarias y demandantes que enfrentan las personas inmigrantes durante su estancia en Estados Unidos. Como ya se expresó, numerosos estudios muestran que las personas migrantes indocumentadas suelen ocupar empleos de alta exigencia física en la construcción, la agricultura y el trabajo doméstico, frecuentemente sin acceso a servicios médicos, con jornadas extenuantes y en contextos de riesgo y condiciones de vulnerabilidad estructural (Holmes, 2013; Moyce y Schenker, 2018; Ahonen et al., 2007; Grzywacz et al., 2006).

<sup>5</sup> Enfermedad y maternidad: atención médica, farmacéutica y hospitalaria sin restricciones, y pago por incapacidades por enfermedad. Riesgo de trabajo: atención médica, farmacéutica y hospitalaria sin restricciones, e incapacidad por accidente o enfermedad de trabajo. Invalidez y vida: pensión de invalidez para el asegurado, y pensión para los beneficiarios en caso de fallecimiento del titular. Retiro: cesantía en edad avanzada y vejez: ahorro para el retiro (pensión). Guardería y prestaciones sociales: estancias para el cuidado de menores y actividades de esparcimiento.



Estos factores contribuyen al deterioro progresivo de la salud física y mental, generando condiciones crónicas no atendidas o lesiones mal tratadas, que al momento del retorno se expresan como discapacidades funcionales.

Para ser efectiva, una política pública debe contar con una estrategia clara de implementación, que se traduzca en una secuencia precisa de acciones, actores y tiempos para no convertirse únicamente en una lista de deseos (Bardach, 2009). De no haber lineamientos específicos para adaptar los servicios a los requerimientos de las personas con alguna condición de discapacidad, y protocolos para identificar las necesidades diferenciadas durante el proceso de retorno, este sector de la población quedará fuera del verdadero acceso a derechos (Sassen, 2015). Si bien “México te Abraza” es exhaustivo en los programas que ofrece, no reconoce ni diferencia que las personas retornadas con discapacidad pueden enfrentar discriminaciones múltiples (Crenshaw, 1991; Hankivsky et al., 2012) y limitaciones adicionales en contextos sin infraestructura accesible ni servicios médicos suficientes.

Asimismo, en el trabajo del personal operativo es donde recae la principal responsabilidad para lograr que se realice lo que se establece en los programas de atención, tomando en cuenta las particularidades de cada grupo poblacional. Es importante no obstaculizar la atención cuando se trate de personas que por la edad tienen problemas de audición, porcentajes considerables (41.4%) según los datos analizados, y vigilar que los espacios diseñados para solicitar acceso a los servicios que otorga el programa permitan la movilidad de las personas, una de las condiciones de discapacidad más frecuentes entre la población analizada.

Un programa social sin estrategias de evaluación de resultados no puede reaccionar ante elementos no considerados y redireccionar su operación, si no tiene instrumentos para evaluar sus resultados no solo no puede presentarse como exitoso, sino que pierde legitimidad (Bovens et al., 2001). Un aspecto importante, que debería tomarse tan en serio como los avances discursivos y programáticos, es generar estrategias de validación participativa. Al final, las personas que mejor pueden expresar el éxito, a través de

quejas o propuestas de mejora, son los usuarios. Además, el acceso a este derecho puede verse limitado en función de cómo se definan los mecanismos de quejas o propuestas de mejora según la condición de discapacidad. Con frecuencia, las quejas y sugerencias se realizan a través de plataformas informáticas en las que, si existe una condición de discapacidad visual, la interacción se dificulta o simplemente no se da; en el caso de dificultades del habla o auditiva la asistencia telefónica personalizada tampoco podría ser una opción. “México te Abraza” representa un avance relevante en el discurso de protección a personas migrantes retornadas; sin embargo, su impacto real dependerá de su capacidad para traducir la inclusión formal en inclusión efectiva. Mientras que no se reconozcan las necesidades específicas de personas con alguna condición de discapacidad, a partir de un conocimiento más detallado de sus situaciones, el programa corre el riesgo de reproducir las exclusiones que dice combatir. Para que deje de ser una respuesta simbólica y se convierta en una política pública transformadora, es indispensable implementar:

1. Lineamientos operativos diferenciados que reconozcan la condición de discapacidad como eje estructurante de exclusión.
2. Protocolos de accesibilidad universal, física y comunicativa, desde el ingreso al programa hasta el uso de servicios.
3. Capacitación permanente del personal operativo con enfoque de derechos humanos y trato digno.
4. Mecanismos de evaluación claros, continuos y participativos, que incluyan canales accesibles de quejas, sugerencias y retroalimentación.
5. Garantía de continuidad presupuestaria e institucional, más allá de los periodos de gobierno.

Asimismo, debe de ser un programa atemporal y no reactivo, porque la condición de migrante de retorno es momentánea, pero no la de discapacidad; además, en México, el retorno se ha vuelto una etapa comúnmente observada del



proceso migratorio desde hace años y no parece que vaya a cambiar esa situación. En 2020, la población analizada en este artículo tenía cinco años o menos de haber retornado y este programa no existía, población a la que se le suman año con año más personas independientemente de la compleja coyuntura actual.

## Consideraciones finales

Es fundamental que el gobierno tenga una política migratoria base que no dependa de coyunturas específicas y garantice el acceso pleno a derechos de todas las personas migrantes, incluidas las mexicanas retornadas. Las políticas no deben limitarse a gestos simbólicos, sino ofrecer respuestas estructurales y sostenidas.

Las personas mexicanas retornadas con alguna condición de discapacidad enfrentan una doble vulnerabilidad que exige una atención diferenciada. Según el censo 2020, este grupo se concentra en edades de 55 años y más, a diferencia de los retornados sin discapacidad, que en su mayoría son jóvenes. Además de las barreras etarias, muchas de estas personas viven discriminación por su forma de hablar, sus habilidades laborales adquiridas en el extranjero o desde el mismo núcleo familiar. Esta discriminación se intensifica en el caso de quienes presentan discapacidad motriz, dado que la infraestructura física y los servicios de atención en México suelen ser excluyentes o inaccesibles.

Por ello, más allá de ofrecer servicios, el Estado debe garantizar la posibilidad real y sin discriminación de acceder a ellos. El trato debe considerar que estas personas, aunque mexicanas, llegan a contextos que les pueden resultar ajenos, y deben ser recibidas como sujetos plenos de derechos. Junto con los lineamientos del programa “México te Abraza”, es necesario asegurar una atención digna y personalizada que haga efectivo su lema de calidez y humanismo.

Aunque “México te Abraza” representa un esfuerzo integral para atender a las personas retornadas, su éxito dependerá de contar con una estrategia clara de implementación, de seguimiento y de evaluación. De lo contrario, como ha sucedido con otras políticas migratorias, las fallas en la coordinación, el financiamiento o

la acción operativa podrían traducirse en nuevas exclusiones y violaciones de derechos. Atender adecuadamente a esta población requiere más que voluntad: implica personal capacitado, accesibilidad universal, continuidad institucional y un enfoque transversal de derechos humanos e interseccionalidad.

Sin estas condiciones, incluso los programas bien intencionados pueden perpetuar las desigualdades estructurales, como lo demuestra la deficiente implementación de la Ley de Migración en años anteriores. Garantizar una atención digna, diferenciada y sin discriminación a las y los migrantes retornados con discapacidad implica superar la visión asistencialista y reconocer que estas personas, aunque mexicanas, regresan a un país que muchas veces les resulta ajeno. Son, ante todo, sujetos de derechos, cuya inclusión debe ser plena, transversal y sostenida en el tiempo.

Este estudio representa una primera aproximación cuantitativa a las características sociodemográficas de las personas mexicanas migrantes retornadas con alguna condición de discapacidad, a partir de los datos del Cuestionario Ampliado del Censo de Población y Vivienda 2020. Su principal alcance radica en visibilizar la doble condición de vulnerabilidad que enfrenta la población analizada, el retorno y la discapacidad, situación que está poco explorada desde una perspectiva cuantitativa e insuficientemente atendida por las políticas públicas del país.

Si bien la fuente de información permite que los resultados obtenidos tengan una representatividad nacional, proporcionando un panorama amplio y confiable sobre la situación de la población de interés, el tamaño de muestra relacionado con el total de la PMRD impide obtener datos a nivel de las entidades federativas.

Con el Cuestionario Ampliado del Censo de Población y Vivienda, y en particular con la pregunta utilizada para delimitar a la población migrante de retorno, solo es posible captar al grupo de personas que regresaron al país en los cinco años anteriores al levantamiento de la información. Además, no se puede conocer la causa del retorno, el tiempo que estuvieron residiendo fuera del país, ni cómo fue el proceso del retorno. Por otro lado, a pesar de que



podemos saber la causa de la discapacidad con la fuente de información, no puede relacionarse con la actividad laboral de la persona migrante en el país extranjero o brindar la posibilidad de conocer si la discapacidad se produjo mientras no residía en México.

A su vez, la medición de la discapacidad utilizada en esta investigación, que se basa en estándares internacionales (Grupo de Washington), puede estar sujeta a sesgos de autoreporte subestimando o sobreestimando la discapacidad.

Otra limitación relevante de esta investigación es que no se cuenta con información sobre el acceso efectivo a programas sociales como “México te Abraza”, ni sobre la calidad percibida de los servicios de salud utilizados. Por tanto, aunque se identifican patrones de afiliación y atención médica, no podemos evaluar si se están cubriendo de forma adecuada las necesidades reales de las PMRD o si enfrentan obstáculos adicionales no capturados en el cuestionario.

Finalmente, es necesario complementar los hallazgos de este trabajo de investigación con estudios cualitativos que recuperen las voces y las trayectorias de vida de esta población doblemente vulnerable, para con ello diseñar políticas más sensibles y efectivas.





# Acceso a los servicios de salud de los trabajadores agrícolas mexicanos en Estados Unidos, 1989-2022

María de Jesús Ávila-Sánchez<sup>1</sup>, José Alfredo Jáuregui-Díaz<sup>2</sup>, Jimena Méndez-Navarro<sup>3</sup>

## Resumen

En este artículo analizamos el acceso a los servicios de salud de las personas trabajadoras agrícolas mexicanas en Estados Unidos y la evolución de su perfil sociodemográfico y legal. A partir del examen de los datos de la Encuesta Nacional de Trabajadores Agrícolas (NAWS) entre 1989 y 2022, se identifican patrones de envejecimiento acelerado, alta proporción de personas sin estatus migratorio regular y bajos niveles de aseguramiento médico. Aunque se observan avances en la cobertura, especialmente a partir de programas públicos, más de 60 por ciento de esta población continúa sin acceso pleno a servicios de salud. Los hijos de los trabajadores muestran mayor cobertura gracias al financiamiento estatal, mientras que las parejas tienen acceso limitado. La investigación concluye que, pese a su rol esencial en la economía alimentaria, los trabajadores agrícolas enfrentan barreras persistentes que requieren políticas públicas específicas, interculturales e inclusivas, orientadas a garantizar su derecho a la salud y a la protección social integral.

**Términos clave:** Trabajadores agrícolas mexicanos; Acceso a la salud; Inmigración y estatus legal; Aseguramiento médico; Encuesta NAWS

## Introducción

El acceso a los servicios de salud es ampliamente reconocido como un pilar fundamental del bienestar social, el desarrollo humano y la justicia distributiva. En este contexto, resulta especialmente problemático que, en Estados Unidos, uno de los grupos laborales más esenciales para la seguridad alimentaria del país, las personas trabajadoras agrícolas, enfrentan barreras persistentes y multifactoriales que limitan su acceso efectivo a la atención médica. Estas barreras, lejos de ser incidentales, están profundamente entrelazadas con condiciones estructurales como la precariedad laboral, la estacionalidad del empleo, el bajo nivel de aseguramiento, la inestabilidad jurídica migratoria y los obstáculos lingüísticos y culturales (Arcury y Quandt, 2007; Frank et al., 2013).

Diversos estudios demuestran que las políticas sanitarias vigentes, lejos de atender estas particularidades, reproducen desigualdades históricas mediante sistemas de cobertura fragmentada (Iriart, 2016a y 2016b), elegibilidad restrictiva (Frank et al., 2013) y falta de atención especializada para poblaciones móviles (Holmes, 2012 y Coaston et al., 2022) o indocumentadas (Fung et al., 2024). En efecto, las características demográficas y legales de los trabajadores

<sup>1</sup> Profesora e Investigadora en la Universidad Autónoma de Nuevo León (maria.avilasnz@uanl.edu.mx).

<sup>2</sup> Profesor e Investigador en la Universidad Autónoma de Nuevo León (alfredo.jaureguidz@uanl.edu.mx).

<sup>3</sup> Posdoctorante en la Secretaría de Ciencias, Humanidades, Tecnología e Innovación (mendezjimena33@gmail.com).



agrícolas, predominantemente migrantes, de origen hispano, con bajos niveles educativos y salarios por debajo del umbral de pobreza, evidencian la convergencia de factores como raza, clase social, estatus migratorio y tipo de empleo, elementos que los posicionan como uno de los grupos más vulnerables y precarizados del sistema productivo estadounidense (Cheong y Massey, 2019; Lichtenstein, 2022; National Center for Farmworker Health [NCFH], 2021).

A pesar de su rol fundamental en el sostenimiento de la industria agrícola nacional, sector que representa cientos de miles de millones de dólares anuales (Posadas, 2012), el acceso a servicios de salud para estos trabajadores aún es un derecho limitado, condicionado por marcos normativos excluyentes y redes de atención insuficientes (Frank et al., 2013). Esta situación no solo compromete la salud individual y colectiva, sino que también pone en entredicho la coherencia del sistema sanitario con los principios de equidad y universalidad.

El objetivo de este trabajo es analizar el acceso a los servicios de salud de las personas trabajadoras agrícolas mexicanas en Estados Unidos de América, así como sus características sociodemográficas y legales. Para ello, se utilizarán como fuente principal la Encuesta Nacional de Trabajadores Agrícolas (*National Agricultural Workers Survey*, NAWs) recopilada por el Departamento del Trabajo de Estados Unidos de América (*U.S. Department of Labor*), durante el periodo 1989-2022. La NAWs es una encuesta nacional representativa, que recoge información cuantitativa directamente de los trabajadores agrícolas contratados, mediante entrevistas presenciales en sus lugares de trabajo.

A partir del análisis temporal de los datos, se examinarán aspectos como el perfil demográfico (edad, sexo, estado civil, país de origen), el estatus migratorio y legal, el tipo de relación laboral, el acceso al seguro médico y las fuentes de financiación, tanto del propio trabajador como de su núcleo familiar (parejas e hijos). Este enfoque integral, además de permitir visualizar las tendencias estructurales en materia de salud y protección social, posibilita identificar rupturas, avances y retrocesos en la inclusión de esta fuerza laboral históricamente marginada.

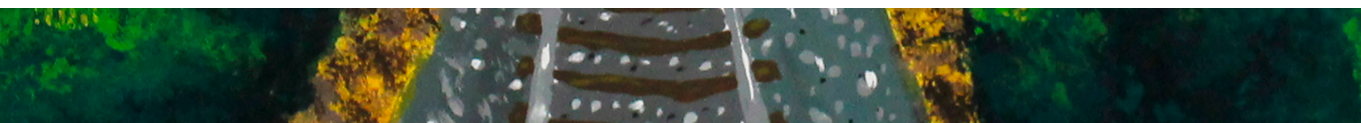
En este sentido, la pregunta que orienta esta investigación es: ¿cuál es la evolución del acceso al sistema de la salud de los trabajadores agrícolas mexicanos en Estados Unidos?

El documento se organiza en cinco secciones principales: esta introducción, un marco de referencia que aborda los antecedentes de la temática, una descripción de la metodología empleada, el desarrollo de los resultados obtenidos a partir de la revisión crítica de literatura y documentos, y por último, un apartado de reflexiones finales que busca aportar elementos para la formulación de políticas públicas más inclusivas.

## Marco de referencia

El punto de inflexión más importante en la historia reciente del sistema de salud estadounidense es, desde su promulgación en 2010, la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (*Affordable Care Act*, ACA), cuyo objetivo fue extender la cobertura médica a la mayor parte de la población mediante reformas profundas en la provisión y financiamiento de los servicios médicos (Lichtenstein, 2022). Algunas de sus medidas más relevantes incluyeron la prohibición de negar seguros por condiciones preexistentes, la obligatoriedad de cubrir servicios preventivos y la ampliación de *Medicaid* a sectores de bajos ingresos. Asimismo, aunque el mandato individual, que exigía contar con una cobertura médica acreditable durante todo el año bajo pena de sanciones fiscales, fue derogado en 2019, su legado continúa influyendo en el sistema sanitario actual.

No obstante, a pesar de estos avances, la ACA no logró subsanar las brechas históricas de acceso entre diversos grupos étnicos, socioeconómicos y migratorios. Iriart (2016a, 2016b) expone que el sistema de aseguramiento post-ACA continúa caracterizado por altos niveles de subaseguramiento. Una persona es considerada subasegurada cuando sus gastos de bolsillo superan 10 por ciento de sus ingresos anuales o cuando el deducible del seguro representa más de cinco por ciento de su ingreso familiar. Esta situación se agrava entre los trabajadores agrícolas, quienes, al laborar para pequeños empleadores o como jornaleros temporales, frecuentemente carecen de seguros proporcio-



nados por el empleador, viéndose forzados a contratarlos de forma individual, lo que resulta prohibitivo en términos de costo.

Según los datos del Censo de Estados Unidos de América para 2020, 66.5 por ciento de la población obtuvo su seguro de salud mediante empleadores o fuentes privadas, mientras que solo 34.8 por ciento accedió a seguros públicos como *Medicare* o *Medicaid* (Lichtenstein, 2022). Este sesgo estructural desfavorece a las personas trabajadoras agrícolas, que presentan menores tasas de formalización y mayor rotación laboral. Entre las personas hispanas, grupo que representa la mayoría de las personas trabajadoras del sector agrícola, las tasas de cobertura privada son significativamente menores en comparación con las personas blancas no hispanas (49.9% frente a 68.6%) y su acceso a seguros públicos depende altamente de la elegibilidad por ingresos o estatus migratorio (Iriart, 2016a y 2016b).

Además, la ACA excluye explícitamente a las personas inmigrantes indocumentadas, quienes no pueden acceder a subsidios ni a la cobertura a través de los mercados de seguros médicos federales. Estudios como el de Cheong y Massey (2019) demuestran que el estatus migratorio irregular actúa como un determinante negativo de la salud, al excluir legalmente a las personas de los sistemas públicos y fomentar prácticas de evitación del contacto institucional por miedo a la deportación o la estigmatización.

En respuesta a las barreras que enfrentan los trabajadores agrícolas para acceder a servicios convencionales de salud, han surgido modelos alternativos de atención como las clínicas móviles y los centros de salud comunitarios (*Health Resources & Services Administration* [HRSA], 2025).

Coaston et al. (2022), al analizar el impacto de las clínicas móviles tras la implementación de la ACA, identificaron que estas unidades prestan servicios a poblaciones marginadas, como los trabajadores agrícolas migrantes. Su estudio destaca que, a pesar de la expansión de la cobertura formal promovida por la ley, millones de personas, particularmente migrantes, continúan fuera del sistema, por lo que estas clínicas aún son esenciales.

En 2019, los Centros de Salud Comunitarios y para Migrantes (C/MHC), administrados por la

HRSA, brindaron servicios a más de un millón de personas trabajadoras agrícolas, de los cuales cerca de 900 000 fueron atendidos en centros con fondos específicos para esta población. Estas instituciones son dirigidas por miembros de la comunidad y priorizan la atención de personas sin seguro, con bajo nivel de ingresos o con dominio limitado del inglés (HRSA, 2025). Sin embargo, enfrentan desafíos importantes, como la escasez de profesionales capacitados en salud ocupacional, especialmente en zonas rurales.

En los últimos años se han observado esfuerzos parciales por parte del gobierno federal y de organizaciones civiles para atender las carencias del sistema de salud en relación con los trabajadores agrícolas. No obstante, estos esfuerzos siguen fragmentados y dependen en gran medida de voluntades políticas o coyunturas legislativas temporales. Es importante destacar que los estados no pueden exigir a los solicitantes de beneficios que proporcionen información sobre la ciudadanía o el estatus migratorio de familiares o miembros del hogar que no estén solicitando dichos beneficios. Tampoco pueden negar el acceso a un solicitante por el hecho de que un miembro de su familia o del hogar no solicitante no haya revelado su estatus migratorio o ciudadanía. Es importante subrayar que cada programa de beneficios federales tiene reglas y políticas algo diferentes con respecto a quién se considera y quién no se considera "un solicitante".

Uno de los avances legislativos más relevantes fue, el 23 de marzo de 2024, la firma de la Ley de Asignaciones Consolidadas Adicionales, que introdujo una reforma importante en el programa *Head Start* para Migrantes y Trabajadores de Temporada (MSHS). Esta disposición elimina la exigencia de cumplir con los umbrales de ingreso para acceder a este programa, siempre que al menos uno de los miembros de la familia obtenga la mayoría de sus ingresos del trabajo agrícola. Esto permite ampliar el acceso a servicios integrales de desarrollo infantil, salud y apoyo psicosocial, particularmente para familias de personas trabajadoras migrantes que han sido históricamente móviles y marginadas (HRSA, 2025). Aunque el MSHS no es un programa de salud en sentido estricto, ofrece cobertura integral que incluye servicios de nutrición, salud



bucal y bienestar mental para los hijos de personas trabajadoras agrícolas. De esta manera, las familias que laboran en el campo tienen mayores posibilidades de acceder a atención médica y apoyo social. Antes de esta reforma, muchas familias quedaban excluidas del programa debido a que, al sumar los ingresos de ambos padres, frecuentemente empleados como jornaleros, superaban por poco los límites establecidos, a pesar de vivir en condiciones de vulnerabilidad. Por ello, la eliminación de los umbrales de ingreso representa un cambio significativo en términos de equidad y acceso a derechos.

Asimismo, se ha planteado la necesidad de introducir mecanismos que garanticen la portabilidad de la cobertura médica entre estados, como una tarjeta de *Medicaid* multijurisdiccional o redes de atención móvil con interoperabilidad de historiales clínicos (NCFH, 2021). Estas propuestas buscan resolver uno de los principales desafíos que enfrentan las personas trabajadoras agrícolas migrantes: la interrupción del tratamiento y la atención debido a su constante movilización entre regiones.

Desde la perspectiva de la salud ocupacional, la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA) ha establecido algunas normas específicas para el sector agrícola, como la provisión de agua potable en los campos, protección contra exposición a químicos y el uso obligatorio de estructuras de protección antivuelco en maquinaria. No obstante, muchas de estas normas son laxas o tienen excepciones que limitan su aplicabilidad real (OSHA, 2023). Por ejemplo, 17 estados aún no exigen que las personas empleadoras agrícolas provean seguro de compensación laboral, lo que deja a millones de personas trabajadoras sin acceso a rehabilitación o indemnización en caso de accidentes laborales (Office of Rural Health and Community Care and NC Farmworker Health Program, 2007).

Otras reformas propuestas por organizaciones académicas y de la sociedad civil incluyen la creación de redes regionales de salud pública con enfoque en población migrante; la formación de personal sanitario bilingüe y con competencia intercultural; la expansión de programas rurales de salud mental; y la eliminación de restricciones migratorias que impiden a las perso-

nas trabajadoras agrícolas acceder a servicios financiados con fondos públicos (Frank et al., 2013; Cheong y Massey, 2019).

Las personas trabajadoras agrícolas en Estados Unidos de América (EE. UU.) conforman una población con características demográficas y sociales particulares que, lejos de representar una diversidad de elección o condiciones favorables, se traducen en desigualdades estructurales que afectan directamente su acceso a servicios de salud. Según el *National Center for Farmworker Health* (NCFH, 2021), se estima que entre 2.5 y 3 millones de personas trabajan en la agricultura en EE. UU., de los cuales aproximadamente 19 por ciento son migrantes y 81 por ciento, trabajadores de temporada. La mayoría es de origen mexicano (69%) y una proporción considerable tiene un limitado dominio del inglés, 30 por ciento reportó que no lo habla en absoluto y 41 por ciento aseguró tener un conocimiento básico. Esta barrera idiomática condiciona la interacción efectiva con los proveedores de servicios médicos y limita la comprensión de los procesos administrativos necesarios para acceder a la atención médica.

La edad promedio es de 38 años, con 34 por ciento de las personas trabajadoras de 45 años o más, lo que representa una población laboralmente activa, pero vulnerable al envejecimiento prematuro debido a las duras condiciones físicas del trabajo agrícola (NCFH, 2021).

Los ingresos también son un elemento fundamental. En promedio, el salario por hora reportado es de \$10.60 USD, aunque muchas personas trabajadoras reciben pagos por pieza o jornales, dependiendo del tipo de cultivo y del empleador. Más de un tercio de las familias viven por debajo del nivel federal de pobreza. Esta precariedad económica limita su capacidad para adquirir seguros médicos privados o para cubrir gastos médicos directos, incluso cuando son mínimos (Posadas, 2012).

En regiones como el Valle de San Joaquín, California, se ha documentado que 94 por ciento de las personas trabajadoras agrícolas perciben un ingreso semanal equivalente o inferior a un salario mínimo, lo que apenas cubre los costos básicos de alimentación y transporte (Posadas, 2012). La misma investigación subraya que una proporción considerable de personas trabajado-



ras son indocumentados, con cifras que oscilan entre 43 y 57 por ciento, lo cual añade una dimensión de vulnerabilidad jurídica y sanitaria.

El estado migratorio tiene un papel muy importante. Cheong y Massey (2019) señalan que las personas trabajadoras indocumentadas enfrentan una sistemática exclusión legal del sistema de salud, ya que no califican para Medicaid ni para subsidios bajo la ACA; además, tienden a evitar el contacto con instituciones por miedo a represalias o deportaciones. Esto resulta en tasas significativamente más bajas de cobertura y uso de servicios médicos entre las personas inmigrantes indocumentadas, quienes también están expuestos a condiciones laborales más riesgosas y menos reguladas.

El trabajo agrícola está asociado a una alta exposición a riesgos físicos, químicos, ergonómicos y psicosociales. No sorprende, entonces, que las personas trabajadoras agrícolas presenten una carga relevante de enfermedades ocupacionales y crónicas. La Oficina de Estadísticas Laborales de Estados Unidos de América (*U.S. Bureau of Labor Statistics*) ha clasificado a la agricultura como una de las industrias más peligrosas, con una tasa de mortalidad laboral de 21.4 por cada 100 000 trabajadores, bastante más que el promedio nacional de 3.6 (OSHA, 2016; NCFH, 2021).

Ante este panorama, la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA) del Departamento de Trabajo estableció una serie de derechos y disposiciones para reducir los riesgos laborales. Entre las obligaciones de los empleadores se encuentra la de notificar a la OSHA en las ocho horas posteriores a una fatalidad laboral, o en 24 horas en caso de hospitalización, amputación o pérdida de un ojo relacionada con el trabajo.

En cuanto a los derechos de los trabajadores, estos incluyen:

- ◆ Recibir información y capacitación sobre los peligros presentes en su lugar de trabajo, incluidas las sustancias tóxicas.
- ◆ Solicitar copias de sus registros médicos, así como de los resultados de pruebas que midan los riesgos laborales y de los registros de lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo (OSHA, 2023).

Adicionalmente, existen disposiciones específicas conocidas como normas de saneamiento en el campo, dirigidas a trabajadores que realizan labores manuales en áreas agrícolas. Aunque no son obligatorias para todos los empleadores, estas normas buscan minimizar los riesgos mediante el suministro de agua potable, instalaciones sanitarias adecuadas y condiciones básicas de higiene (OSHA, 2023).

En cuanto a la salud de las personas trabajadoras agrícolas, los centros de salud financiados por la *Health Resources and Services Administration* (HRSA) reportaron una alta prevalencia de enfermedades crónicas y ocupacionales. Entre los diagnósticos más frecuentes se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes tipo 2, los trastornos musculoesqueléticos, las infecciones dérmicas y los problemas visuales. En 2019, más de 217 000 trabajadores agrícolas fueron diagnosticados con sobrepeso u obesidad, 106 574 presentaron hipertensión, 82 968 tienen diabetes mellitus. A estas condiciones físicas se suman los trastornos de salud mental, como la ansiedad, la depresión y los trastornos del estado de ánimo, que en conjunto afectaron a más de 100 000 trabajadores agrícolas en ese año (NCFH, 2021).

La naturaleza del trabajo agrícola implica largas horas bajo exposición solar directa, contacto con pesticidas, posturas forzadas, uso de maquinaria pesada y tareas repetitivas, situaciones que favorecen el desarrollo de patologías específicas como lesiones por esfuerzo repetitivo, dermatitis por contacto y enfermedades respiratorias (Arcury y Quandt, 2007). Adicionalmente, la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional documentó casos de pérdida auditiva inducida por ruido y cánceres ocupacionales por exposición a químicos (OSHA, 2023).

Estas condiciones no solo son subdiagnosticadas, además carecen de seguimiento médico. Arcury y Quandt (2007) subrayan que la mayoría de las personas trabajadoras no tienen acceso regular a atención primaria, y cuando la obtienen es en forma episódica o mediante servicios de emergencia. La falta de continuidad en el cuidado conlleva el agravamiento de enfermedades tratables y el retraso en la detección de condiciones crónicas.





A ello se suma la frecuente movilidad geográfica de esta población, la cual dificulta la portabilidad de registros médicos y la adherencia a tratamientos. Las propuestas recientes incluyen la creación de una tarjeta de *Medicaid* interestatal o la creación de redes de atención médica móvil que acompañen a las personas trabajadoras durante sus movilizaciones (NCFH, 2021).

En síntesis, las barreras que enfrentan las personas trabajadoras agrícolas para acceder al sistema de salud son multidimensionales. En primer lugar, existen las legales, especialmente para quienes se encuentran en situación migratoria irregular. Como señala Cheong y Massey (2019), estas personas trabajadoras son excluidas de las políticas sanitarias y enfrentan mayores riesgos en su entorno laboral. Esta exclusión legal se traduce en una menor cobertura de seguro médico, menor uso de servicios de salud y una mayor exposición a situaciones de riesgo, tanto en el trabajo como en la comunidad.

La Ley de Protección de los Trabajadores Agrícolas Migrantes y Temporales (MSPA) establece ciertos derechos laborales, como vivienda segura y pago justo, pero no incluye disposiciones claras respecto al acceso a la salud. Asimismo, la Ley de Normas Laborales Justas (FLSA) y el programa de visas H-2A no imponen obligaciones directas a las personas empleadoras sobre cobertura médica para las personas trabajadoras (U.S. Department of Labor, 2025).

A nivel estructural, las barreras incluyen la lejanía geográfica de los servicios médicos, la escasez de profesionales de salud en zonas rurales, la limitada disponibilidad de horarios compatibles con las jornadas agrícolas y la falta de transporte. Las clínicas, con horarios restringidos y las largas distancias a recorrer, desincentivan la búsqueda de atención, particularmente cuando se trata de enfermedades percibidas como “menores” o de carácter crónico (Office of Rural Health and Community Care and NC Farmworker Health Program, 2007).

Por otro lado, están las culturales e idiomáticas. El inglés representa una barrera para 71 por ciento de los trabajadores agrícolas que reportan bajo o nulo dominio del idioma (NCFH, 2021). Además, muchas personas del sector agrícola, especialmente migrantes indígenas, tienen sis-

temas de creencias sobre la salud que influyen en su forma de conceptualizar la enfermedad, el tratamiento y la relación médico-paciente (Arcury y Quandt, 2007).

La desconfianza hacia las instituciones gubernamentales también juega un papel importante (Cheong y Massey, 2019). La combinación de estos factores genera una situación de aislamiento sanitario, donde las condiciones clínicas no se diagnostican a tiempo y las oportunidades de prevención se desaprovechan.

En este contexto, las políticas sanitarias y las características demográficas y legales de las personas trabajadoras agrícolas evidencian la convergencia de factores como raza, clase social, migración y condiciones laborales, los cuales configuran a este colectivo como uno de los más precarizados del sistema productivo. A pesar de su papel esencial en la sostenibilidad de la economía alimentaria del país, estas personas trabajadoras continúan enfrentando barreras estructurales significativas para ejercer su derecho fundamental a la salud. En este sentido nos preguntamos, ¿cuál es la tendencia y evolución del perfil demográfico y legal de las y los trabajadores agrícolas y su acceso al sistema de salud estadounidense?

## Metodología

Este trabajo se desarrolló con un enfoque cuantitativo descriptivo de tendencias históricas, fundamentado en el análisis comparativo de datos transversales recolectados en distintos años fiscales, es decir, de octubre del año previo a septiembre del año de referencia (1989–2022). Esto permite observar cambios en las características relativas al perfil y al acceso a la salud de las personas trabajadoras agrícolas en Estados Unidos de América. La fuente primaria de información empleada fue la *National Agricultural Workers Survey* (NAWS), elaborado por U.S. Department of Labor (2025) para los años fiscales 1988–2022, que tiene como objetivo conocer las características de los trabajadores agrícolas en Estados Unidos (Fung et al., 2024). Una de las variables utilizadas es el lugar de nacimiento del trabajador, lo que permite captar a las personas nacidas en México.





La NAWs es una encuesta nacional representativa, basada en un diseño de muestreo probabilístico multietápico y estratificado, que recoge información cuantitativa directamente de los trabajadores agrícolas contratados, mediante entrevistas presenciales en sus lugares de trabajo. El tamaño de muestra por año fiscal oscila entre 1 500 y 3 600 trabajadores (Fung, et al., 2024), seleccionados aleatoriamente y entrevistados mediante un cuestionario estructurado.

Los cuestionarios utilizados captan información sobre 16 temas:

- ◆ Características demográficas
- ◆ Composición de los hogares
- ◆ Educación, idiomas, experiencia laboral, residencia
- ◆ Trabajo actual
- ◆ Salarios y condiciones laborales
- ◆ Expectativas laborales
- ◆ Ingresos y activos
- ◆ Estatus legal
- ◆ Participación en el programa *Head Start*
- ◆ Historial de salud
- ◆ Lesiones o accidentes sufridas en el trabajo
- ◆ Dolores musculares
- ◆ Uso de pesticidas el trabajo
- ◆ Calidad de la atención médica
- ◆ Saneamiento
- ◆ Equipo de protección / Capacitación o instrucción en el trabajo

La recolección de datos se realiza en tres ciclos anuales (primavera, verano y otoño), con el objetivo de capturar la estacionalidad característica del empleo agrícola. Las entrevistas se aplican en 12 regiones geográficas, definidas a partir de las 17 regiones agrícolas del Departamento de Agricultura (USDA) (U.S. Department of Labor, 2025).

El diseño muestral de la NAWs (U.S. Department of Labor, 2025) considera siete niveles de selección: ciclo, región, áreas de trabajo agrícola, condado, código postal, empleador y trabajador agrícola. La muestra incluye exclusivamente a personas empleadas al momento de la encuesta en tareas elegibles dentro de los sectores clasificados en el Sistema de Clasificación

Industrial de América del Norte (SCIAN) 111 (Producción de Cultivos) y 1151 (Servicios de Apoyo a la Agricultura).

A pesar de su solidez metodológica, la NAWs (U.S. Department of Labor, 2025) presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados:

- ◆ No incluye a trabajadores con visa H-2A, quienes representan una parte creciente de la fuerza laboral agrícola.
- ◆ No incluye a personas que han estado fuera del trabajo agrícola por más de un año.
- ◆ No ofrece datos desagregados por estado, salvo para California.
- ◆ No permite conocer el monto absoluto de los trabajadores agrícolas.
- ◆ Las variables de salud son autorreportadas y corresponden a diagnósticos de vida, no necesariamente vigentes al momento de la encuesta.

Estas limitaciones fueron consideradas en el análisis e interpretación de los resultados, complementando la información con literatura científica y documentos institucionales que ofrecen contexto adicional sobre la población trabajadora agrícola en Estados Unidos.

## Resultados

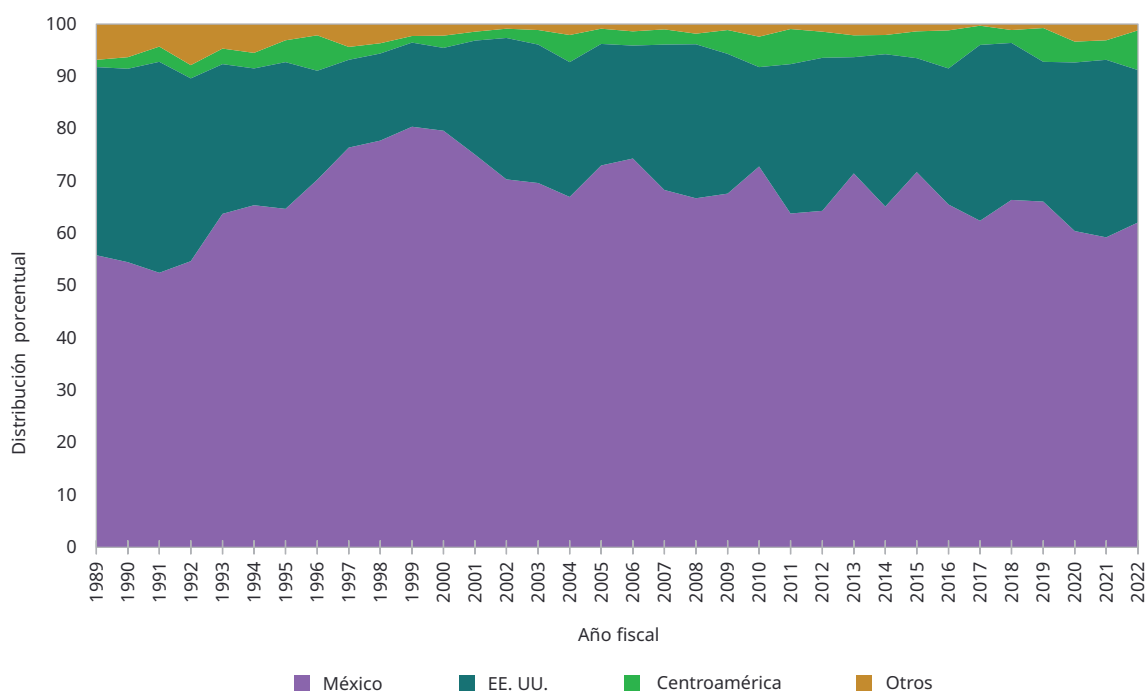
Los trabajadores agrícolas en Estados Unidos de América son mayoritariamente de origen mexicano, como se observa en la gráfica 1. En todo el periodo analizado (1989-2022), este grupo representa consistentemente más de 50 por ciento de total de personas trabajadoras encuestadas por la NAWs. Se destacan especialmente los años fiscales 1999 y 2000, en los que la proporción de trabajadores nacidos en México alcanza su punto máximo, superando 80 por ciento del total. En los años más recientes, entre 2012 y 2022, la participación de este grupo ha oscilado entre 60 y 70 por ciento, manteniéndose como componente dominante de la fuerza laboral agrícola.

El segundo grupo en orden de magnitud lo constituye las personas trabajadoras nacidas en Estados Unidos, cuya participación ha fluctuado



Gráfica 1.

Estados Unidos. País de nacimiento de los trabajadores agrícolas según año fiscal, 1989-2022



Fuente: Elaboración propia con base en U.S. Department of Labor (2025).

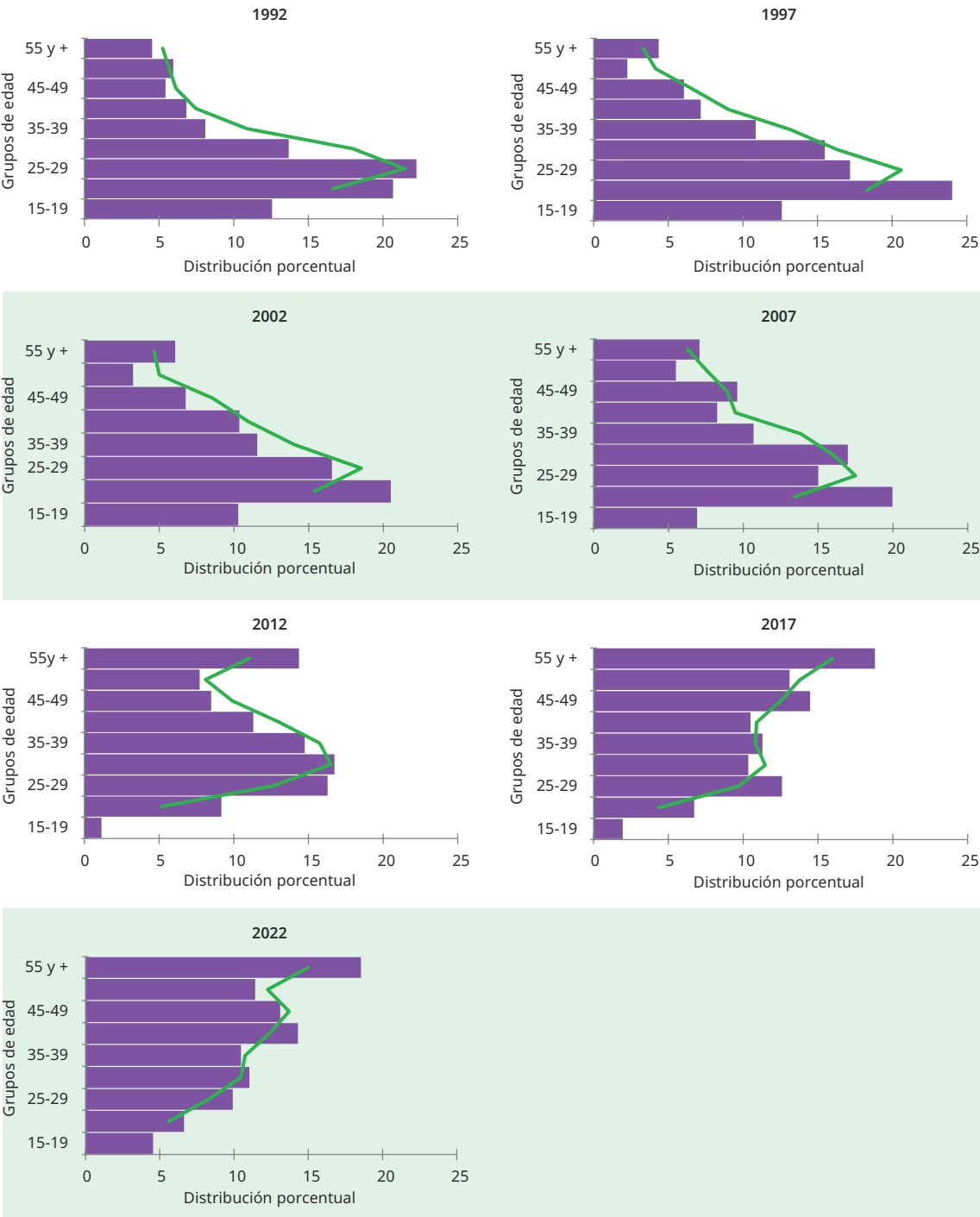
entre 25 y 35 por ciento a lo largo del tiempo. Esta variabilidad puede estar asociada, en parte, al relevo generacional dentro de las familias agrícolas; es posible que un segmento de este grupo esté compuesto por hijos(as) de personas trabajadoras migrantes mexicanas nacidas en territorio estadounidense, quienes podrían identificarse como mexicoamericanos, chicanos o latinos, aunque la encuesta solo capta el país de nacimiento y no la autoidentificación étnico-cultural.

En menor proporción se encuentran los trabajadores originarios de países centroamericanos, cuya participación ha mostrado un crecimiento moderado y alcanza 7.6 por ciento en el año fiscal 2022. Este grupo incluye principalmente a personas provenientes de Guatemala, Honduras y El Salvador. Por último, las personas trabajadoras agrícolas originarias de otras regiones del mundo, incluyendo el Caribe, Sudamérica, Asia y las islas del Pacífico, representan una fracción muy reducida de la cohorte total, no superando en conjunto uno por ciento en ninguno de los años analizados.

El análisis de la composición por sexo revela una clara preponderancia masculina entre las personas trabajadoras agrícolas en Estados Unidos. Esta tendencia se observa de forma consistente en todo el periodo analizado (1989-2022) y es particularmente marcada en la cohorte de trabajadores de origen mexicano, el grupo mayoritario dentro de la fuerza laboral agrícola. Durante todo el horizonte de estudio, los hombres representaron sistemáticamente más de 60 por ciento del total de las personas trabajadoras de origen mexicano, alcanzando 65 por ciento en el año fiscal 2022. Esta distribución se reproduce en otros grupos nacionales, como los trabajadores nacidos en Estados Unidos y en Centroamérica, donde también se observa una mayoría masculina, aunque con ligeras variaciones interanuales.

Uno de los hallazgos más destacados en relación con la estructura etaria es el progresivo proceso de envejecimiento dentro de la población trabajadora agrícola de origen mexicano. Como se observa en la gráfica 2, que muestra la distribución por grupos quinquenales de edad

**Gráfica 2.**  
Estados Unidos. Distribuciones etarias de trabajadores agrícolas mexicanos en Estados Unidos según años fiscales seleccionados y tendencia, (1992, 1997, 2002, 2007, 2012, 2017 y 2022)



Fuente: Elaboración propia con base en U.S. Department of Labor (2025).

en años fiscales seleccionados (1992, 1997, 2002, 2007, 2012, 2017 y 2022), hay una traslación gradual de la concentración poblacional hacia grupos de mayor edad.

Este fenómeno se refleja de forma clara en el comportamiento de la edad promedio, que pasó de 30.9 años en 1989 a 34.3 años en 2005, y luego a 39.2 años en 2015, hasta superar los 40 años en 2022. En términos absolutos, se trata de un incremento de más de 11 años en la edad media en el transcurso de tres décadas, lo que confirma un proceso acelerado de envejecimiento en esta cohorte.

Una posible explicación de esta tendencia es la limitada incorporación de personas trabajadoras jóvenes al sector. Esta hipótesis está respaldada por otro indicador relevante: la media de años transcurridos desde que los trabajadores de origen mexicano llegaron por primera vez a Estados Unidos. En 1989, dicho promedio era de 11 años, mientras que en 2022 ascendía a 21.2 años, lo que sugiere una escasa renovación generacional de la cohorte.

Asimismo, el análisis de la experiencia laboral agrícola también refleja esta tendencia. En 1989, las personas trabajadoras mexicanas contaban en promedio con 9.5 años de experiencia en labores del campo, mientras que en 2022 esta cifra se duplicó, alcanzando 18.9 años, lo que confirma no solo el envejecimiento cronológico, también el aumento sostenido en la antigüedad dentro del sector agrícola.

Este conjunto de indicadores apunta a una cohorte envejecida, con creciente experiencia laboral, pero sin una incorporación significativa de nuevas generaciones. La falta de relevo generacional plantea implicaciones relevantes tanto para la sustentabilidad del sector agrícola como para el diseño de políticas de salud ocupacional y de bienestar específicas para una población en proceso de envejecimiento activo.

El análisis del estado civil de los trabajadores agrícolas mexicanos en Estados Unidos muestra una clara prevalencia de personas casadas a lo largo del periodo comprendido entre 1989 y 2022. A partir del año fiscal 2002, este grupo representa consistentemente más de 60 por ciento del total, consolidándose como la condición civil predominante entre esta población.

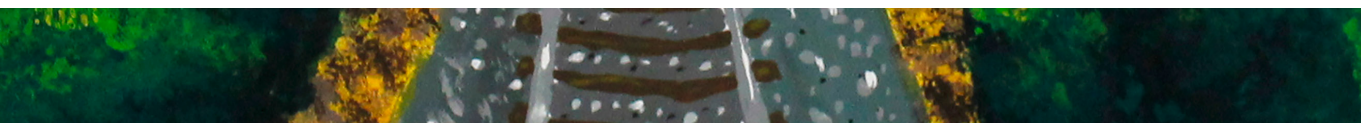
Este patrón alcanza valores máximos en los años fiscales 2011, 2013 y 2021, cuando la proporción de trabajadores casados supera 70 por ciento, lo que indica una tendencia sostenida hacia la estabilización familiar dentro de la población trabajadora agrícola (Gráfica 3).

En contraste, la proporción de trabajadores solteros ha seguido una tendencia descendente durante el mismo periodo. En el año fiscal 1989, las personas solteras representaban aproximadamente uno de cada tres trabajadores agrícolas mexicanos, mientras que para el año 2022, esta proporción se redujo a uno de cada cuatro. Aunque se observan pequeñas fluctuaciones interanuales, la tendencia general apunta a una disminución de la presencia de trabajadores sin vínculos conyugales formales dentro del sector.

Estos datos podrían estar asociados tanto a los procesos de asentamiento de largo plazo observados en la población agrícola mexicana, como se analizó en el apartado anterior, como a la consolidación de núcleos familiares en Estados Unidos. La estabilización del estado civil, particularmente en favor de uniones conyugales, también puede reflejar cambios en los proyectos migratorios, en los que se privilegia el arraigo sobre el retorno.

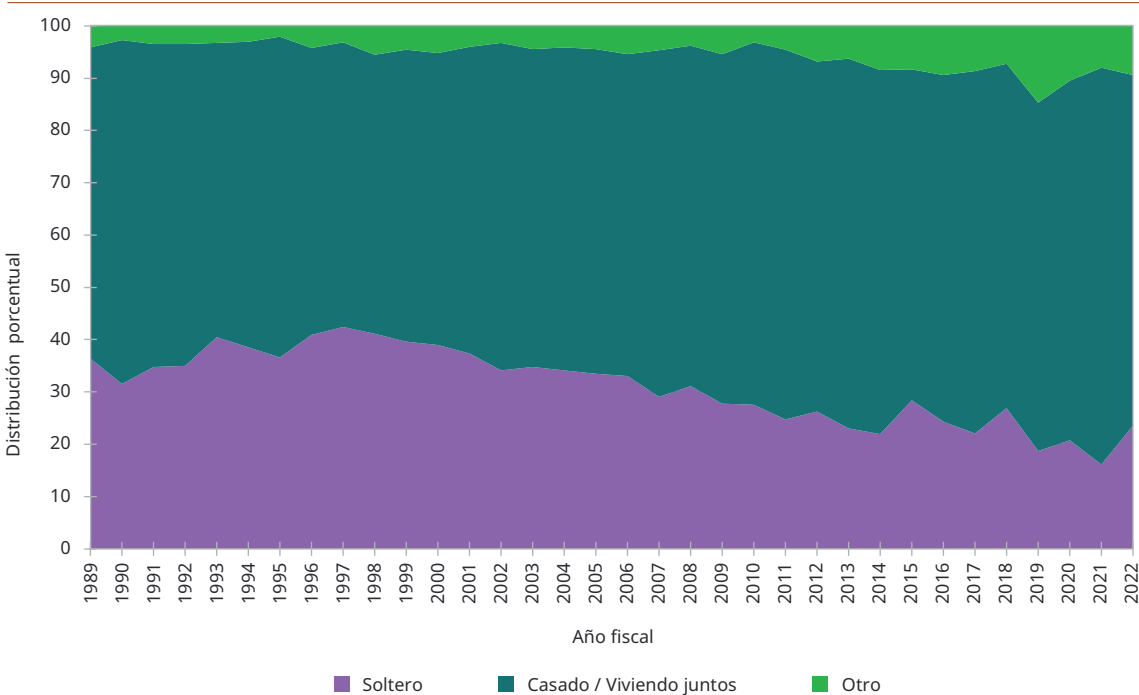
El análisis del estatus legal de las personas trabajadoras agrícolas mexicanas en Estados Unidos pone en evidencia una condición estructural de irregularidad migratoria que se mantiene desde hace décadas. Como se observa en la gráfica 4, a partir del año fiscal 1993, resalta que en más de la mitad del periodo la mayoría no tiene documentos que autorice su residencia y empleo en el país. Esta proporción se mantuvo consistentemente por encima de la mitad, alcanzando 64.6 por ciento en el año fiscal 2022, lo que confirma la persistencia de un fenómeno de inserción en condiciones de vulnerabilidad jurídica.

Una categoría que también ha estado presente, aunque en menor proporción, es la de trabajadores en proceso de legalización, que si bien permaneció por encima de 10 por ciento, mostró una tendencia descendente a lo largo del tiempo, lo que sugiere una disminución en los mecanismos institucionales para regularizar la situación migratoria de los trabajadores agrícolas mexicanos.



Gráfica 3.

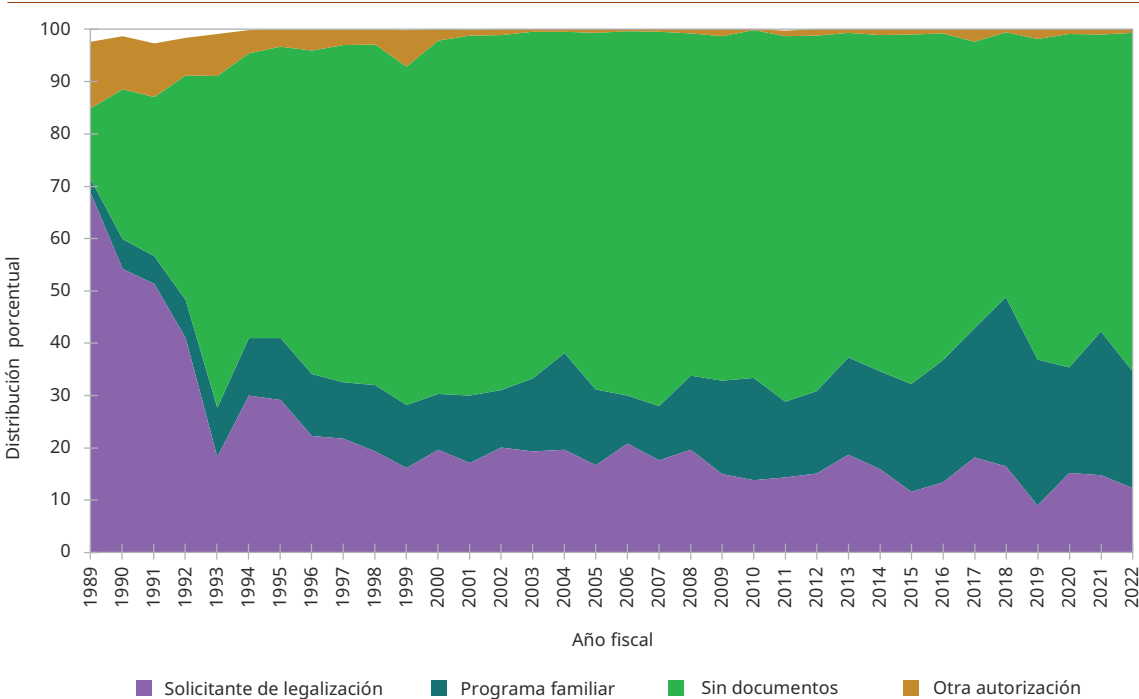
Estados Unidos. Situación conyugal de los trabajadores agrícolas mexicanos según año fiscal, 1989-2022



Fuente: Elaboración propia con base en U.S. Department of Labor (2025).

Gráfica 4.

Estados Unidos. Estatus Legal de los trabajadores agrícolas mexicanos según año fiscal, 1989-2022



Fuente: Elaboración propia con base en U.S. Department of Labor (2025).



A pesar de la alta proporción de personas sin documentos migratorios, los datos de la NAWs revelan que una significativa mayoría de estos trabajadores se encuentran ya establecidos en Estados Unidos. En 2022, 79.7 por ciento de las personas trabajadoras agrícolas mexicanas fueron clasificadas como no migrantes, es decir, personas que residen permanentemente en el país y no se trasladan estacionalmente desde México. Este hallazgo matiza la noción de “trabajador migrante” como sinónimo de movilidad constante, ya que una parte de esta población ha desarrollado vínculos sociales, económicos y residenciales permanentes en el territorio estadounidense.

En contraste, las personas trabajadoras clasificadas como recién llegadas, que se incorporaron a Estados Unidos en el último año, constituyeron apenas 7.8 por ciento en 2022, aunque esta cifra representa un repunte en comparación con el 2020, cuando alcanzaron apenas 1.1 por ciento del total. Este aumento puntual podría explicarse por reactivaciones postpandemia o variaciones coyunturales en la demanda de mano de obra.

Otro patrón migratorio relevante se relaciona con los trabajadores transfronterizos estacionales, es decir, aquellos que se desplazan entre México y Estados Unidos de América para trabajar durante temporadas específicas. En el año fiscal 2022, representaron 8.3 por ciento del total, una cifra sustancialmente inferior al 39.6 por ciento registrado en 1990. Esta caída en la movilidad circular puede estar relacionada con el endurecimiento de las políticas migratorias, el costo del cruce fronterizo, el aumento de la vigilancia y la consolidación del asentamiento permanente.

Estos datos en conjunto muestran una transformación importante en los patrones migratorios: de una migración agrícola preponderantemente estacional en las décadas anteriores, se ha transitado hacia una población mayoritariamente asentada, aunque sin estatus legal reconocido, lo que mantiene altos niveles de precariedad y exclusión de derechos.

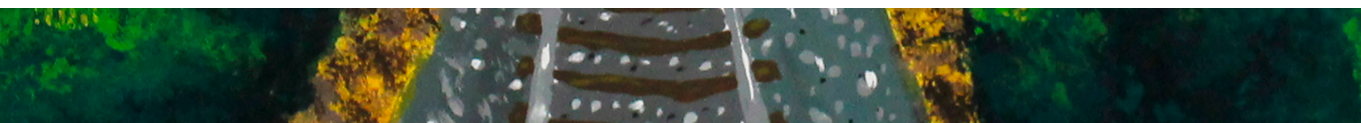
El análisis de la relación entre las personas trabajadoras agrícolas mexicanas y sus empleadores permite observar patrones de contratación relativamente estables, aunque con ciertas transformaciones en los últimos años. Históricamente,

la figura predominante como patrón o empleador principal es el ranchero o dueño del terreno donde se realiza la actividad agrícola, una modalidad que se mantiene constante en más de 60 por ciento de los años fiscales analizados. Este patrón alcanza niveles particularmente altos en ciertos periodos, como en los años fiscales 2012 y 2019, cuando supera incluso 90 por ciento del total de las relaciones laborales registradas.

En segundo lugar se encuentran los contratistas agrícolas, quienes actúan como intermediarios en la provisión de mano de obra. En el año fiscal 2022, esta forma de contratación representó 22.2 por ciento del total de personas trabajadoras agrícolas mexicanas encuestadas, lo que indica que, aunque en menor proporción que el empleador directo, esta figura sigue teniendo un peso significativo en el esquema laboral del sector.

Respecto a la forma de contratación inicial, si bien la NAWs dejó de recopilar esta variable a partir del año fiscal 2018, los datos históricos disponibles permiten identificar algunas tendencias relevantes. Durante años anteriores, la modalidad más común para establecer contacto inicial con el empleador era a través de cartas de invitación o confirmación; sin embargo, esta práctica ha disminuido paulatinamente a favor de formas más inmediatas de comunicación. Así, las llamadas telefónicas se convirtieron en un mecanismo creciente de contratación, reflejando una modernización en los canales de contacto. Una tercera vía importante, especialmente en comunidades migrantes consolidadas, es el referido por conocidos, es decir, trabajadores que son contratados luego de ser recomendados por otros empleadores o familiares ya vinculados con el empleador.

Un aspecto particularmente importante en la dinámica laboral es la recurrente permanencia del trabajador con el mismo empleador a lo largo de varias temporadas agrícolas. En el año fiscal 1989, las personas trabajadoras mexicanas reportaban una media de 4.3 años trabajando con el mismo patrón. Esta cifra mostró una tendencia creciente, alcanzando un promedio de 8.6 años en 2022, lo cual indica un grado considerable de estabilidad relacional en el empleo,



pese a las condiciones legales no autorizadas que muchos enfrentan. Este patrón de fidelización puede interpretarse como un indicador de integración funcional en el sector productivo y de confianza mutua entre empleador y trabajadores, aunque no necesariamente se traduce en mejoras contractuales o en el acceso a derechos laborales plenos.

El acceso a un seguro médico constituye un factor determinante para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Sin embargo, entre las personas trabajadoras agrícolas mexicanas en Estados Unidos, históricamente existe un rezago importante en esta dimensión. Según datos de la NAWs (2000–2022), aunque se observa un avance significativo en las dos últimas décadas, las tasas de aseguramiento continúan bajas en comparación con el promedio nacional.

En el año fiscal 2000, solo 16.5 por ciento de las personas trabajadoras agrícolas mexicanas reportaba contar con un seguro médico. Esta proporción experimentó una evolución positiva al superar su duplicación para alcanzar 35.1 por ciento en el año fiscal 2022. El incremento más notorio se observa entre 2013 y 2018, coincidiendo parcialmente con la implementación de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (ACA). En este periodo, la tasa de cobertura pasó de 21.6 (2013) a 54.2 por ciento (2018), su punto máximo. No obstante, esta tendencia descendió posteriormente, situándose en el mencionado 35.1 ciento en 2022, lo que podría estar vinculado a factores como la pérdida de continuidad laboral, los cambios en políticas migratorias o el acceso restringido a programas públicos (véase cuadro 1).

Respecto a las fuentes de financiamiento del seguro médico, al analizar los datos del Cuadro 1 se advierte una transición importante en la estructura de pago. Hasta 2013, el empleador del trabajador agrícola era, en promedio, la principal fuente de financiamiento, representando más de la mitad de los casos con seguro médico en varios años (por ejemplo, 53.1% en 2000, 66.1% en 2008, 53.9% en 2012).

A partir del año fiscal 2014, se observa un cambio estructural: el Gobierno Federal se convierte en la principal fuente de financiamiento de los seguros médicos, superando por primera vez

al empleador con un 54.9 por ciento de los casos. Esta tendencia se consolida en años posteriores, alcanzando su punto máximo en 2022, cuando el Estado financió 51.6 por ciento de los seguros médicos entre las personas trabajadoras agrícolas mexicanas. Este dato sugiere un cambio en la política de aseguramiento público, posiblemente derivado de la expansión de programas estatales o federales de cobertura sanitaria, aunque se requerirían estudios específicos para determinar el alcance y los mecanismos de dicha intervención.

La autofinanciación del seguro médico, es decir, cuando el propio trabajador cubre los costos, ha sido una constante, aunque minoritaria, en todo el periodo, con un comportamiento irregular y en general descendente: de 24.6 por ciento en 2000 a 8.0 por ciento en 2022. Por su parte, la contribución a través del empleador de la pareja o de la pareja directamente ha tenido un peso marginal, sin superar 10 por ciento en la mayoría de los años.

Este análisis confirma que, aunque la tenencia de seguro médico ha mejorado en las últimas décadas, aún son menos de cuatro de cada diez trabajadores mexicanos del campo los que cuentan con protección formal en salud. Además, la creciente dependencia de la financiación pública refuerza la necesidad de políticas de salud específicas que garanticen la sostenibilidad y la equidad en la cobertura, especialmente para una población con alta vulnerabilidad jurídica y laboral.

La tenencia de seguro médico por parte de las parejas de las personas trabajadoras agrícolas mexicanas también presenta niveles históricamente bajos, aunque ha mostrado una tendencia ascendente en los últimos años. En el año fiscal 2000, solo 17.0 por ciento de las parejas reportaba contar con algún tipo de cobertura médica; en contraste, para el año 2022, esta proporción ascendió a 53.8 por ciento, lo que representa un avance notable en más de dos décadas (véase cuadro 2).

Al igual que en el caso de los propios trabajadores, contar con un seguro médico no implica necesariamente que este sea provisto por el empleador del trabajador agrícola. Los datos disponibles muestran que, desde el año fiscal 2014, el Gobierno Federal se ha consolidado como



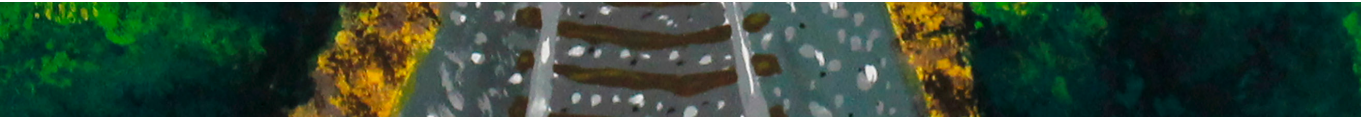
**Cuadro 1.**  
Estados Unidos. Tenencia de seguro médico del trabajador agrícola mexicano y fuente de financiación, 2000–2022 (%)

Año fiscal	Con seguro médico	Fuente de financiación ¿Quién paga el seguro médico?*						
		Total	Trabajador agrícola	Pareja	Empleador del trabajador agrícola	Empleador de la pareja	Gobierno	Otro
2000	16.5	100.0	24.6	2.7	53.1	3.7	15.8	0.1
2001	15.8	100.0	12.8	3.5	64.4	5.8	12.2	1.2
2002	15.7	100.0	19.1	4.0	45.2	7.7	22.7	1.3
2003	18.4	100.0	11.9	0.9	40.2	7.6	38.5	0.9
2004	21.0	100.0	22.5	3.0	42.4	6.8	25.0	0.3
2005	19.0	100.0	19.5	2.0	50.3	5.8	22.3	0.0
2006	19.0	100.0	20.8	1.1	44.8	7.5	25.5	0.3
2007	20.9	100.0	19.5	0.6	46.5	4.9	27.7	0.7
2008	28.8	100.0	14.5	1.1	66.1	5.3	12.0	1.0
2009	26.1	100.0	18.7	0.8	51.0	5.4	21.2	3.0
2010	25.9	100.0	12.5	8.0	34.5	1.8	42.0	1.2
2011	23.4	100.0	20.7	1.8	50.5	4.8	19.1	3.0
2012	20.9	100.0	11.0	0.1	53.9	3.6	29.7	1.7
2013	21.6	100.0	8.2	3.4	53.9	7.2	22.2	4.9
2014	30.7	100.0	6.3	2.8	31.4	2.6	54.9	2.0
2015	37.6	100.0	9.8	0.8	34.3	5.2	44.5	5.4
2016	44.6	100.0	5.6	1.7	34.5	2.8	45.8	9.6
2017	48.6	100.0	5.6	0.1	41.8	6.0	40.5	6.1
2018	54.2	100.0	4.5	0.6	37.3	5.7	47.3	4.7
2019	30.3	100.0	12.6	0.6	26.5	6.9	44.9	8.4
2020	43.6	100.0	5.4	0.7	36.8	4.8	42.5	9.9
2021	46.4	100.0	16.9	2.0	19.9	9.3	46.3	5.6
2022	35.1	100.0	8.0	0.7	29.0	9.8	51.6	0.8

\*Esta pregunta comenzó a ser captada a partir del año fiscal 2000.  
Fuente: Elaboración propia con base en U.S. Department of Labor (2025).

la principal fuente de financiamiento del seguro médico para las parejas, superando sostenidamente al resto de fuentes. En 2022, 57.9 por ciento de los seguros médicos en este grupo fueron financiados con recursos públicos, consolidando una tendencia que inició una década antes, probablemente en relación con las ampliaciones en la cobertura pública tras la implementación de la Ley ACA.

La implementación de los mercados de seguros (*marketplaces*) dentro del marco de la Ley ACA tuvo como finalidad principal ampliar la cobertura sanitaria mediante subsidios parciales, otorgados en función del nivel de ingresos y otros factores demográficos. Sin embargo, uno de los requisitos determinantes para acceder a dichos subsidios y a programas públicos como *Medicaid* o *Medicare* fue el estatus migra-



Cuadro 2. Estados Unidos. Tenencia de seguro médico de la pareja del trabajador agrícola mexicano y fuente de financiación, 2000–2022 (%)								
Año fiscal	Tienen seguro médico	Fuente de financiación ¿Quién paga el seguro médico?*						
		Total	La pareja del trabajador agrícola	Trabajador agrícola	Empleador del trabajador agrícola	Empleador de la pareja	Gobierno	Otro
2000	17.0	100.00	17.9	8.1	35.5	22.0	16.4	0.1
2001	14.8	100.00	9.2	10.7	29.2	23.1	25.3	2.5
2002	23.2	100.00	16.3	5.3	28.2	17.2	31.7	1.3
2003	34.2	100.00	7.6	2.3	26.1	13.6	49.6	0.8
2004	39.1	100.00	9.6	10.7	22.1	27.2	29.8	0.6
2005	30.3	100.00	14.0	8.1	17.0	21.6	39.4	0.0
2006	38.8	100.00	17.2	8.0	22.7	18.0	31.6	2.5
2007	37.5	100.00	11.7	7.4	18.9	24.9	36.1	1.0
2008	38.3	100.00	14.7	4.8	40.0	22.7	17.6	0.2
2009	39.4	100.00	18.0	5.2	23.1	22.9	29.5	1.3
2010	35.7	100.00	7.4	12.7	17.4	10.7	51.0	0.7
2011	27.5	100.00	10.6	5.8	21.5	16.3	45.3	0.6
2012	30.2	100.00	5.6	2.1	30.9	15.1	46.3	0.0
2013	32.6	100.00	6.3	6.3	26.7	17.9	39.0	3.8
2014	45.0	100.00	4.5	5.2	10.1	16.1	62.0	2.0
2015	51.5	100.00	3.7	3.8	18.0	13.1	54.7	6.7
2016	52.7	100.00	2.7	5.9	13.0	14.9	54.5	9.0
2017	58.0	100.00	4.2	1.6	16.2	23.0	50.8	4.4
2018	62.8	100.00	4.7	0.1	15.5	20.4	54.9	4.4
2019	45.9	100.00	9.7	3.9	12.8	23.0	47.1	3.6
2020	56.3	100.00	2.9	4.0	14.2	15.5	53.3	10.1
2021	53.2	100.00	16.3	4.0	7.3	23.9	42.5	5.9
2022	53.8	100.00	6.1	5.8	14.3	15.2	57.9	0.8

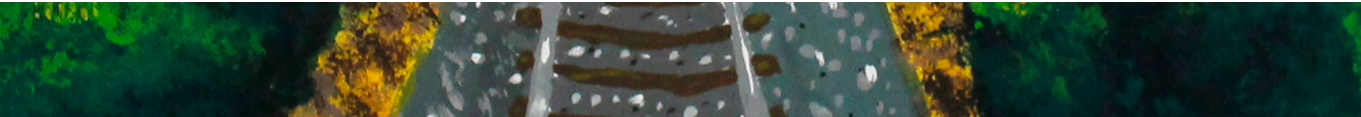
\*Esta pregunta comenzó a ser captada a partir del año fiscal 2000.  
Fuente: Elaboración propia con base en U.S. Department of Labor (2025).

torio regular, cuya aplicación varía entre estos, generando desigualdades territoriales en el acceso.

Un aspecto destacado en el análisis es que la verificación del estatus migratorio se aplica exclusivamente al solicitante principal, sin extenderse de forma obligatoria al resto de los miembros del hogar. Esta disposición normativa permite que, en los casos en que la pareja del

trabajador agrícola cumple con los requisitos migratorios, pueda acceder a la cobertura médica, lo que en algunos contextos podría facilitar, de manera indirecta, la protección del propio trabajador dentro del núcleo familiar.

Por otro lado, la financiación mediante el empleo propio de la pareja, es decir, cuando la persona obtiene cobertura directamente por su trabajo, ha mostrado una recuperación paulatina



desde 2014. En el año fiscal 2022, esta fuente representó 14.3 por ciento de los casos, superando a otras vías como el empleador del trabajador agrícola (5.8%) o la autofinanciación directa por parte de la pareja (6.1%).

La autofinanciación, ya sea por parte del trabajador agrícola o de su pareja, es una modalidad persistente pero limitada, que suele implicar un alto costo económico para el hogar. Aunque esta opción permite obtener acceso a seguros, también compromete la economía familiar, especialmente en contextos de salarios bajos y alta inestabilidad laboral. Por ejemplo, en el año fiscal 2022, 6.1 por ciento de las parejas financiaban su seguro directamente y 0.8 por ciento a través de otros medios no especificados.

En conjunto, estos datos reflejan que, si bien el acceso al seguro médico entre las parejas de trabajadores agrícolas mexicanos ha mejorado considerablemente, más de cuatro de cada diez aún carecen de cobertura. Además, la dependencia creciente de los programas públicos sugiere que este grupo sigue enfrentando barreras importantes para acceder al sistema formal de salud a través del empleo, lo que refuerza la necesidad de políticas integrales orientadas al núcleo familiar, y no solo al trabajador agrícola como individuo aislado.

A diferencia de lo observado entre los propios trabajadores agrícolas mexicanos y sus parejas, sus hijos presentan mayores niveles de aseguramiento médico, con una tendencia positiva y sostenida en el tiempo. Desde el año fiscal 2010, la cobertura médica para este grupo ha superado consistentemente 85 por ciento, alcanzando niveles cercanos a 95 por ciento en 2022, lo cual representa uno de los indicadores más altos dentro del núcleo familiar (véase cuadro 3).

El factor determinante para esta amplia cobertura es la financiación pública. Desde 2010, más de 80 por ciento de los seguros médicos infantiles los cubre el Gobierno Federal, consolidando esta fuente como la principal, y única en muchos casos, vía de acceso a servicios de salud para los hijos de trabajadores agrícolas. En el año fiscal 2022, 87.7 por ciento de los niños con seguro médico lo obtuvieron gracias a programas gubernamentales, como *Medicaid* y CHIP (*Children's Health Insurance Program*), lo cual evidencia el rol central de la política pública en la protección sanitaria de esta población.

Otras fuentes de financiamiento, como los empleadores del padre o de la madre, representan una proporción mucho menor, oscilando entre uno y siete por ciento en los últimos años. Por ejemplo, en 2022, apenas 3.3 por ciento de los niños accedieron a un seguro médico proporcionado por el empleador del trabajador agrícola y 5.2 por ciento por medio del empleo de la pareja. La autofinanciación directa por parte del trabajador o su pareja ha sido casi marginal, representando menos del uno por ciento en la mayoría de los años, lo que confirma la escasa capacidad del hogar para cubrir este gasto con medios propios.

Este patrón sugiere que, aunque las personas trabajadoras agrícolas mexicanas enfrentan serias barreras para acceder a cobertura médica, sus hijos gozan de una mayor protección sanitaria gracias a la existencia de programas públicos dirigidos específicamente a la población infantil de familias de bajos ingresos. Sin embargo, esta situación también deja en evidencia una asimetría en la cobertura dentro del hogar: mientras los hijos acceden a servicios de salud con relativa regularidad, sus padres, quienes cumplen funciones laborales esenciales, en gran medida siguen excluidos del sistema.





Cuadro 3. Estados Unidos. Tenencia de seguro médico de los hijos del trabajador agrícola mexicano y fuente de financiación, 2000-2022 (%)								
Año fiscal	Tienen seguro médico	Fuente de financiación ¿Quién paga el seguro médico?*						
		Total	La pareja del trabajador agrícola	Trabajador agrícola	Empleador del trabajador agrícola	Empleador de la pareja	Gobierno	Otro
2000	---	100.0	2.7	13.0	18.9	6.7	56.8	1.9
2001	---	100.0	3.2	7.9	15.5	7.1	65.5	0.8
2002	---	100.0	3.4	8.3	9.7	6.4	71.8	0.4
2003	---	100.0	1.9	4.0	9.9	4.1	77.5	2.6
2004	---	100.0	3.0	3.4	9.6	5.8	77.1	1.1
2005	68.3	100.0	0.5	8.5	6.8	2.7	80.7	0.8
2006	71.0	100.0	0.9	10.3	8.9	6.4	72.8	0.7
2007	74.5	100.0	1.8	3.8	7.1	4.6	80.6	2.1
2008	74.6	100.0	1.0	5.1	14.8	7.4	70.2	1.5
2009	82.1	100.0	1.0	5.6	10.0	5.6	73.7	4.1
2010	88.9	100.0	2.0	3.0	4.6	2.3	87.7	0.4
2011	79.6	100.0	1.0	1.8	1.3	2.7	92.4	0.8
2012	79.2	100.0	0.6	3.7	5.4	1.6	88.6	0.1
2013	81.5	100.0	2.0	3.5	4.6	6.0	82.5	1.4
2014	89.3	100.0	0.6	3.2	3.4	1.6	89.0	2.2
2015	91.6	100.0	1.3	1.6	5.8	2.5	86.3	2.5
2016	90.1	100.0	0.5	0.4	3.9	2.3	90.7	2.2
2017	93.9	100.0	0.1	0.4	7.0	5.8	84.1	2.6
2018	96.0	100.0	0.0	1.5	4.3	5.6	87.0	1.6
2019	85.7	100.0	0.2	1.4	1.9	10.7	84.3	1.5
2020	95.0	100.0	1.0	1.3	1.7	3.7	89.5	2.8
2021	93.7	100.0	1.0	7.2	1.0	5.4	85.1	0.3
2022	94.3	100.0	0.4	3.3	5.2	2.7	87.7	0.7

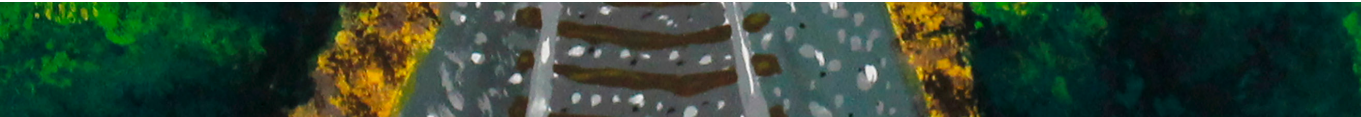
\*Esta pregunta comenzó a ser captada a partir del año fiscal 2000.  
Fuente: Elaboración propia con base en U.S. Department of Labor (2025).

Consideraciones finales

El análisis de las tendencias históricas, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Trabajadores Agrícolas (NAWS) entre 1989 y 2022, evidencia que las personas trabajadoras agrícolas mexicanas en Estados Unidos de América constituyen una población fundamental para la seguridad alimentaria del país, pero sistemáticamente

excluida del acceso pleno y equitativo al sistema de salud. Sus perfiles sociodemográficos, legales y laborales los posiciona como uno de los grupos más precarizados del sistema productivo estadounidense, afectado por múltiples barreras estructurales, legales y económicas.

Uno de los hallazgos más consistentes es la persistencia de la irregularidad migratoria: más de 50 por ciento de las personas trabajadoras



agrícolas mexicanas no cuenta con documentos migratorios válidos desde 1993, y esta cifra alcanzó 64.6 por ciento en 2022. Esta situación compromete su acceso a seguros públicos, limita su movilidad social y acentúa su vulnerabilidad frente a riesgos laborales y sanitarios.

Se observa un proceso acelerado de envejecimiento dentro de esta población. La edad media pasó de 30.9 años en 1989 a más de 40 años en 2022, acompañada por un aumento en la antigüedad laboral con el mismo patrón (de 4.3 a 8.6 años en promedio). Este envejecimiento, no acompañado por una incorporación proporcional de trabajadores jóvenes, evidencia la falta de relevo generacional y plantea desafíos futuros en términos de salud ocupacional y sostenibilidad del sector agrícola.

En cuanto al aseguramiento médico, se observan avances parciales. La proporción de personas trabajadoras agrícolas mexicanas con seguro de salud se duplicó entre 2000 y 2022, pasando de 16.5 por ciento a 35.1 por ciento. Sin embargo, la mayoría aún carece de cobertura formal. A partir de 2014, se produjo un cambio importante en las fuentes de financiamiento: el Gobierno Federal desplazó a los empleadores agrícolas como principal proveedor de seguros. Este giro podría estar vinculado a la implementación de la Ley de Atención Asequible (ACA), que promovió la expansión de la cobertura mediante subsidios condicionados por nivel de ingresos y características demográficas. No obstante, el acceso a estos beneficios ha estado limitado por el estatus migratorio, requisito fundamental para la elegibilidad en programas como *Medicaid* y *Medicare*, cuya aplicación varía según el estado. Además, esta condición se verifica únicamente para el solicitante principal, lo que ha permitido cierta cobertura indirecta a través de parejas elegibles.

En este sentido, los(as) hijos(as) de las personas trabajadoras agrícolas mexicanas acceden en mayor proporción a servicios de salud. Desde 2010, más de 80 por ciento de los seguros médicos infantiles son financiados por el Gobierno Federal, principalmente a través de programas como *Medicaid* y CHIP. No obstante, este acceso no es extensivo ni proporcional al resto del núcleo familiar, generando una asimetría de pro-

tección sanitaria que afecta especialmente a las personas adultas trabajadoras.

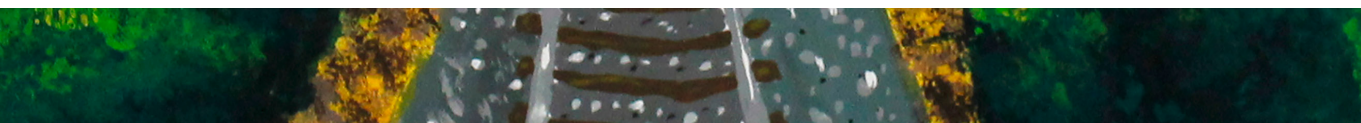
Las parejas presentan niveles intermedios de aseguramiento (53.8% en 2022), y el Gobierno Federal también es la principal fuente de cobertura. El acceso por medio del empleo propio ha crecido ligeramente, pero la autofinanciación continúa representando una carga económica importante para hogares de bajos ingresos y empleos inestables.

En el plano laboral, la estructura de contratación agrícola sigue dominada por empleadores directos (rancheros), aunque persiste la figura del contratista. A su vez, se observa una fidelización laboral: muchas personas trabajadoras regresan año tras año con el mismo patrón, consolidando relaciones estables pero que no necesariamente se traducen en mejores condiciones laborales ni en acceso a derechos sociales como la salud.

Estos hallazgos refuerzan la urgencia de formular políticas sanitarias integrales y diferenciadas para la población trabajadora agrícola mexicana, que reconozcan sus características específicas: alta movilidad histórica, envejecimiento acelerado, precariedad legal y baja cobertura. Es imprescindible avanzar hacia modelos de salud portables, interculturales y sin barreras migratorias, que reconozcan a la familia como unidad de cobertura y no se limiten a la persona trabajadora de manera individual.

Como primer paso concreto, el gobierno de Estados Unidos podría eliminar el estatus migratorio como requisito excluyente para acceder a subsidios y programas públicos de salud en el caso de trabajadores agrícolas con residencia continua y vínculo laboral comprobado. Asimismo, se sugiere crear un programa federal de aseguramiento portátil, que garantice la continuidad en la atención médica entre estados para esta población móvil, y la inclusión explícita de las personas trabajadoras agrícolas como grupo prioritario en la estrategia nacional de salud pública.

Finalmente, se propone que futuras investigaciones profundicen en los efectos de las políticas migratorias sobre el acceso a la salud, el impacto de los programas públicos en la cobertura efectiva y las consecuencias del envejecimiento laboral en la productividad del sector agrícola.



# Estrategias de regulación emocional y conciencia plena para personas migrantes en tránsito: un estudio en Saltillo, Coahuila

Rodríguez Alejandra<sup>1</sup>, Monroy Iris Rubi<sup>2</sup>, RGonzález Leonardo<sup>3</sup>, Zacarías Ximena<sup>4</sup>

## Resumen

La migración irregular en condiciones de vulnerabilidad es un fenómeno complejo que genera múltiples desafíos, entre ellos, altos niveles de estrés y ansiedad en las personas que atraviesan este proceso. Esta investigación busca generar estrategias útiles para afrontar los síntomas asociados con la hiperactivación del eje hipotálamico-pituitario-adrenal, producto de la exposición constante y repetida a circunstancias que atentan contra la integridad de las personas, quienes a través de las competencias cognitivas de compasión y conciencia plena pueden disminuir la sintomatología ansiosa y facilitar su acceso a estados de calma que favorecen su bienestar y su claridad en la toma de decisiones. A partir de una metodología cuantitativa, se trabajó un diseño preexperimental con personas migrantes en tránsito en la Casa del Migrante de Saltillo, Coahuila. Se identificaron altos niveles de ansiedad tras la aplicación de la escala IDARE (Spielberger y Díaz, 2002), versión adaptada para un sector de la población cubana (Londián y Carbonell, 2003). Los resultados mostraron el potencial de esta escala para ampliar las estrategias de afrontamiento en las personas en movilidad en condiciones de vulnerabilidad, proporcionando una herramienta efectiva para el manejo emocional. Los hallazgos subrayan la necesidad de políticas públicas que incluyan la atención psicológica especializada para personas migrantes en su tránsito por México.

**Términos clave:** Migración en tránsito, ansiedad, terapia centrada en la compasión, salud mental, regulación emocional, conciencia plena.

## Introducción

La migración internacional en tránsito implica múltiples formas de vulnerabilidad, derivadas de la inseguridad, el desarraigo, la exposición a la violencia y la falta de acceso a derechos básicos como salud, vivienda o alimentación (REDODEM, 2019; Zavaleta-Reid y Vera, 2016). Estas condiciones impactan de manera significativa el bienestar psicosocial y la salud mental de las personas migrantes, generando estados persistentes de ansiedad, angustia, insomnio y sensación de amenaza constante.

Desde una perspectiva de salud colectiva y derechos humanos, estos malestares no deben entenderse como alteraciones psicológicas individuales, son respuestas adaptativas ante la activación prolongada del sistema nervioso simpático. Esta sobreactivación fisiológica, necesaria para enfrentar peligros reales o percibidos, genera hipervigilancia, tensión muscular, alteraciones del sueño y dificultades para vincularse. En este marco, las estrategias de las terapias de tercera generación cognitivo conductual conocidas como la Terapia Centrada en la Compasión (CFT, por sus siglas en inglés) y la conciencia plena (*Mindfulness*), muestran beneficios en la estimulación del sistema vagal, facilitando la transición de estados de amenaza a otros de calma.

<sup>1</sup> Cursa el Doctorado en Estudios en Migración en El Colegio de la Frontera Norte (arodriguez@ucol.mx).

<sup>2</sup> Profesora de Tiempo Completo en la Universidad Autónoma de Coahuila (iris.monroy@uadec.edu.mx).

<sup>3</sup> Profesor-Investigador del Círculo de Estudios para la Paz en España (psileogonzalez@gmail.com).

<sup>4</sup> Profesora e Investigadora de Tiempo Completo en la Facultad de Psicología de la Universidad de Colima (ximena\_zacarías@ucol.mx).

Sin embargo, su incorporación en entornos humanitarios requiere adecuaciones metodológicas, éticas y culturales, sensibles a la experiencia migratoria. Este estudio explora la implementación de una breve intervención psicosocial con elementos de CFT y *Mindfulness* dirigida a personas migrantes por desplazamiento forzado en tránsito, alojadas en Casa del Migrante de Saltillo, Coahuila. El objetivo es analizar su pertinencia como herramienta de contención emocional, así como sus efectos preliminares sobre la ansiedad y la autocompasión, considerando los desafíos de intervención en contextos de movilidad forzada o en condiciones de vulnerabilidad social.

## La migración y sus implicaciones psicosociales

La migración es un fenómeno complejo y polisémico. No obstante, puede definirse como el “movimiento de personas fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea a través de una frontera internacional o dentro de un país” (OIM, s.f.), lo cual engloba una serie de divergencias en torno al alcance, las motivaciones y la duración de la práctica migratoria, de manera que puede ser interna o internacional, dependiendo de si se realiza dentro o fuera de las fronteras de un país, voluntaria o forzada, en relación con la elección personal o la imperiosa necesidad por conflictos, violaciones de derechos humanos o desastres, regular o irregular, relativa con el cumplimiento o no de los requisitos de entrada al país de tránsito o destino. Finalmente, los motivos de la migración permiten clasificarla como migración por motivos económicos, educativos, familiares, climática o de protección política, entre otros (OIM, s.f.).

En nuestro caso, se trata de la migración interna e internacional, tanto de quienes migran dentro de país, como de los que se desplazan hacia el norte desde países al sur de México; este tipo de migración combina componentes voluntarios y forzados: los de tipo económico junto con el desplazamiento forzado, ya que muchas de estas personas —conscientemente o no— huyen de procesos en los cuales se producen graves violaciones a los derechos humanos. Todos son migrantes irregulares, circunstancia que implica

un alto riesgo para su salud mental, descritos en Silove et al. (2017) como trastorno por estrés post-traumático, depresión severa y ansiedad generalizada, entre otros. Se debe sumar a ello que la exposición a contextos de violencia tiende a promover una agudización de los síntomas. Además, la irregularidad migratoria funge como un agravante general de las circunstancias de violencia vividas por estas personas, que se manifiesta en: condiciones precarias de trabajo, inseguridad jurídica, dificultad para la construcción de un proyecto de vida, etc. (Rocha-Jiménez et al., 2025).

En territorio mexicano, este fenómeno se relaciona con la desigualdad social y la desarticulación económica de regiones agrícolas, además de situaciones de violencia que impulsan el éxodo hacia Estados Unidos y otros países (Vilar y Eibenschutz, 2007). Las personas en proceso de migración con condiciones perimetrales de desplazamiento forzado o personas en movilidad irregular suelen estar inmersas en una dinámica de incertidumbre y vulneración constante. La migración implica una serie de consecuencias psicológicas, como el desarraigo, la pérdida de apoyo social y la reconfiguración de identidades personales y colectivas.

Estos factores afectan tanto a nivel individual como comunitario, promoviendo un estado de vulnerabilidad que puede desencadenar trastornos mentales como ansiedad y depresión (Achotegui, 2009). En México, las personas migrantes en tránsito enfrentan una doble vulnerabilidad: la condición de tránsito y las deficiencias estructurales del sistema de acogida. Según datos recientes, cerca de 70 por ciento de la población migrante reporta discriminación, y un alto porcentaje identifica a los cuerpos de seguridad y los grupos delincuenciales como principales agresores (REDODEM, 2019), contexto que no solo perpetúan la inseguridad física, también afecta gravemente la salud mental de los migrantes.

Los hallazgos de esta investigación confirman la presencia de ansiedad sostenida en personas migrantes en tránsito forzado por México, como reacción a condiciones estructurales de violencia, desprotección y exclusión institucional, que afectan la estabilidad emocional y deterioran la capacidad de tomar decisiones, establecer vínculos y proyectar el futuro. Diversos estudios





documentan que estas experiencias generan formas de *duelo migratorio*, desgaste emocional e internalización de creencias irracionales asociadas a la culpa, la minusvalía o la desesperanza (Gomes dos Santos-Dantas et al., 2024). Esta carga emocional se amplifica en contextos de tránsito, donde las personas están expuestas de manera constante a amenazas físicas, robos, discriminación, criminalización y ausencia de redes de apoyo (ACNUR, 2023).

Desde un enfoque psicosocial, resulta fundamental comprender que estas alteraciones psicológicas no solo son colectivas, ajenas al marco de lo individual, sino que también son respuestas esperables frente a la vulneración sostenida de sus derechos. *El Informe sobre las Migraciones en el Mundo* (OIM, 2022) advierte que la salud mental de las personas migrantes suele quedar invisibilizada en las respuestas institucionales, y que la ausencia de atención psicosocial integral puede perpetuar ciclos de sufrimiento y exclusión.

### **Afectaciones psicoemocionales en contextos de tránsito migratorio irregular**

A la luz de lo que sigue, es importante plantear un escenario de la migración que permita interpretar los datos vinculados al contexto mexicano. En este sentido, coincidimos con Ferree (2018) y Rocha-Jiménez et al. (2025) en que la salud mental es la consecuencia de una serie extensa de factores físicos, psicológicos y sociales. Entre los últimos, hay que considerar los vinculados a la cultura y los estructurales dentro de una sociedad dada. Desde una perspectiva interseccional (Ferree, 2018), las personas se encuentran ubicadas en un complejo marco simbólico en las localidades donde viven gozando de menos derechos y privilegios en la medida en que se alejan del campo hegemónico. De esta manera, la migración es una condición de vulnerabilidad asociada a mayores riesgos de sufrir violaciones a derechos humanos y exclusión.

Acorde con los factores determinantes de la salud, la migración en condiciones de marginación es una clara situación de riesgo para la salud mental. No solamente por el nivel de estrés crónico que implica, también porque, fre-

cuentemente, la persona migrante enfrenta exclusión social, vinculada al racismo, hostilidad y falta de empleo, entre otros. Lo último en situación irregular, vinculada al desempleo, acarrea enormes consecuencias en la salud mental de las personas migrantes. Finalmente, la pérdida de redes de apoyo psicosocial puede conducir al aislamiento que, sumado a lo mencionado, determina niveles de vulnerabilidad diferenciados relacionados con una peor salud mental.

Livia (2020) explora la relación entre los factores sociodemográficos y el riesgo de enfermedad mental, y encuentra que los perfiles que enfrentan mayor amenaza son: ser mujer, joven, inmigrante económico, consumidor de tóxicos (tabaco y alcohol) y tener una enfermedad crónica. También reporta que las personas migrantes experimentaron altas exigencias para ocultar sus emociones, bajas posibilidades de desarrollo, niveles mínimos de apoyo de los compañeros de trabajo y de estima. Por su parte, Jiménez et al. (2016) hallaron, en ciertos hábitos de vida, mejores resultados en la salud de la población inmigrante, mientras que en otros, describen una autovaloración de la salud y una salud mental peor. Al respecto, Collazos et al. (2014) documentan que los migrantes presentaron una importante prevalencia de ansiedad, que se duplicaba en su estancia en México, y de abuso de sustancias, incrementando por seis veces su tasa de incidencia comparada con la de la población nacional. Además, Jaramillo (2019) reportó que el estrés crónico favorece la potenciación al condicionamiento del miedo como principal respuesta de afrontamiento, tanto sensorial como contextual, por lo que se reacciona con temor ante las situaciones hostiles o frustrantes. Este dato es importante en los pacientes con síndrome de Ulises, ya que se hallan sometidos a múltiples estresores (Achotegui, 2009; Jaramillo, 2019).

Por tanto, la migración constituye un evento de vida agobiante que afecta las esferas psicológica, familiar y cultural de las personas. Las experiencias de inseguridad, incertidumbre y separación generan altos niveles de estrés crónico, conocidos como el “síndrome de Ulises” (Achotegui, 2009), el cual describe una combinación de síntomas físicos y emocionales, como insomnio,





fatiga, cefaleas y preocupación constante, que surgen de la exposición prolongada a situaciones adversas. Además, estar de tránsito incrementa la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad, ya que se suele enfrentar constantes amenazas y falta de apoyo (Navarro y Rodríguez, 2003). Esto debe entenderse como una de las manifestaciones del trauma, es decir: una experiencia de ruptura con la vida e historias previas que, con base en un evento que pone al límite la capacidad de procesamiento emocional de una persona, produce efectos más o menos duraderos (Herman, 2015).

Entre tales experiencias, merece especial atención lo que se ha denominado trauma colectivo (Hirschberger, 2018): la experiencia traumática compartida por personas de una misma comunidad, etnia o pueblo, generalmente, vinculadas a situaciones de desastre natural o atrocidades. Muchas de las personas migrantes han atravesado por traumas colectivos que dejan huella en su forma de ver el mundo; para ellos, la experiencia de migración es re-traumatizante. Esto tiene importantes implicaciones en relación con la ansiedad, dado que el contexto social unido a la inmigración en condiciones de vulnerabilidad influye negativamente en la salud mental (Jiménez et al., 2016; Mattos, 2021); es con esta antesala que constatamos que en México aún hay huecos teóricos y prácticos de atención especializada para personas en estas condiciones fenomenológicas de movilidad o migración.

### Evolución de las terapias vinculadas a la consciencia plena (*Mindfulness*)

En las aproximaciones teóricas de la sintomatología ansiosa, los modelos cognitivo-conductual de segundo orden para los trastornos de ansiedad, como la terapia de Beck (Clark y Beck, 2012), tienen propuestas centradas en la modificación de las valoraciones de amenaza, vulnerabilidad y búsqueda de seguridad exageradas, con la finalidad de tratar las cogniciones distorsionadas identificadas en la formulación del caso. El resultado, objetivo de cualquier intervención cognitiva, es la desactivación de los esquemas de amenaza, al mismo tiempo que promueve la activación de creencias más adaptativas (Chacón et

al., 2021) y realistas sobre la amenaza y la capacidad percibida para afrontar las propias preocupaciones ansiosas. Estas intervenciones se formularon con deficiente entendimiento contextual de la presentación de condiciones estructurales y, a largo plazo, se observaron recaídas en los síntomas de ansiedad.

En las últimas décadas, las psicoterapias experimentaron un giro en relación con la forma de entender el sentido de la acción terapéutica, desde los enfoques que priorizan la extinción directa de comportamientos, a otros más centrados en el desarrollo de habilidades de enfrentamiento de problemas. Muestra de ello es el desarrollo de las llamadas terapias basadas en evidencia, ligadas a la tradición cognitivo-conductual, que en años recientes evolucionaron hacia una “tercera ola”. En gran medida, estos enfoques se basan en el contextualismo funcional, con lo que desplazan el énfasis en la modificación de las conductas o cogniciones y promueven la regulación emocional, el desarrollo de habilidades de flexibilidad cognitiva y la capacidad de relacionarse de modo diferente con los eventos privados (Hayes, 2004). Estas teorías destacan la aceptación, la compasión y la flexibilidad psicológica como modos de aproximación a los problemas humanos.

Están fuertemente conectadas al *Mindfulness*, o consciencia plena, un estado psicológico definido por la capacidad de prestar atención momento a momento y de manera deliberada al instante presente (Kabat-Zinn, 2003). Las prácticas que favorecen este estado se han estudiado ampliamente y demostraron efectos benéficos en la aptitud de impulsar un mejor control emocional con base en el desarrollo de la consciencia plena. Por otro lado, *Mindfulness* se ha integrado en las terapias de tercera ola, como la de aceptación y compromiso, la dialéctico-conductual y la cognitiva basada en *Mindfulness*.

En este ámbito, la Terapia Centrada en la Compasión (CFT), que tiene una profunda afinidad con las terapias contextuales, emerge como una intervención prometedora para abordar la ansiedad y la autocrítica. Basada en la neurociencia afectiva y los modelos de regulación emocional, la CFT busca ayudar a las personas a relacionarse con sus dificultades mediante una actitud de



apertura, amabilidad consigo mismas, con escucha compasiva y construcción de soluciones (Gilbert, 2009); este afrontamiento cognitivo y contextual persigue el compromiso consigo mismas en las personas, aceptando la presencia del dolor o sufrimiento en la experiencia de vivir, se le acepta al malestar como motor de cambio y fortaleza, y la resiliencia.

A partir de la terapia centrada en la compasión, para Gilbert (2010), en su libro *Compassion Focused Therapy*, y Horcajo et al. (2019), el miedo y los síntomas ansiosos corresponden al sistema de amenaza y autoprotección, el cual se encarga de detectar y seleccionar rápidamente peligros para elegir una respuesta, por ejemplo: luchar, huir, quedarse paralizado o alguna otra forma de afrontamiento; y proporciona ráfagas de emociones como ansiedad, ira o disgusto, que sin un manejo adecuado de atención, puede conducir a que el sujeto quede centrado en estas emociones, generando malestar más allá del evento amenazante y perjudicando así su salud mental. Responder ante las experiencias internas con angustia, crítica y juicio (fusión), favorece el desarrollo de ansiedad o miedo en sí mismo y los efectos de estos síntomas, es decir, la reacción a nuestras vivencias “exacerba su intensidad y duración, causando angustia, e interfieren con la calidad de vida del sujeto (...) fortalece con la reactividad, perpetuando aún más los ciclos de respuesta ansiosa” (Barlow, 2014, p. 209).

El contexto relativo a la persona se refiere a su condición de sujeto social-verbal que incorpora su pasado y se caracteriza por cierto modo de pensar, es decir, una forma de procesar lo que le acontece inmerso en una relación dialéctica con el fenómeno de existir y el mundo que le rodea. Una especificación de esto es el contexto social-verbal de la terapia, donde se explora la cultura psicológica aprehendida de acuerdo con el entorno social, lingüístico y cultural en el que se desarrolla la persona, el cual circunscribe la creación de sentimientos, pensamientos y demás eventos psicológicos intrínsecos al individuo, además, de las explicaciones, valoraciones y formas de control aprendidas a través de la réplica de determinadas creencias, ideas y conocimientos, las

metacogniciones que uno tiene sobre su propio funcionamiento, incluyendo los síntomas clínicos.

Incorporar el contexto como parte de la reflexión sobre la salud mental de las personas migrantes es esencial. Primero, porque permite entender sus conductas en situación de vulnerabilidad como adaptaciones a un escenario previo cargado de adversidades. Desde este punto de vista, no se trata de extinguir conductas sino de promover habilidades en la persona para poder vincularse de un modo más abierto, compasivo y consciente con los eventos privados que, naturalmente, experimenta como parte de su periplo migrante. Eso permite despatologizar los síntomas de estas personas para situarlos como conductas que responden a contextos concretos dentro de los cuales se mueven y donde dichas conductas pueden explicarse.

Del mismo modo, es fundamental destacar que, evidentemente, explicar una conducta no es atenderla. Este estudio se estructuró con la hipótesis de que las intervenciones basadas en *Mindfulness* y en la terapia focalizada en la compasión podrían brindar herramientas a las personas migrantes para lidiar con las experiencias internas, promover una mayor autocompasión en contextos de sufrimiento y adversidad, esperando con ello, mitigar los efectos adversos de las condiciones de violencia que viven.

## Compasión y sistemas de regulación afectiva

La compasión se define como una sensibilidad hacia el sufrimiento propio y ajeno, acompañada por un compromiso activo para aliviarlo (Gilbert, 2005). Una deficiente capacidad de regulación de la excitación después de eventos estresantes de la vida parece estar correlacionada con alteraciones del sueño y aumento de síntomas maníacos, aunando, la desinhibición también está asociada con la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo. En un estudio pionero, Rein et al. (1995) encontraron que inducir en la gente imágenes de compasión tenía efectos positivos en un indicador del funcionamiento del sistema inmunológico (S-IgA).



Este enfoque propone equilibrar tres sistemas principales de regulación emocional:

1. El de amenaza y autoprotección: responsable de respuestas como la ansiedad y el miedo.
2. El de búsqueda de incentivos y recursos: vinculado con emociones positivas y motivación.
3. El de calma y seguridad social: asociado a la relajación y el bienestar emocional.

En las personas migrantes, el desequilibrio entre estos sistemas puede agravar la sintomatología ansiosa, al mantenerlas en un constante estado de alerta y vulnerabilidad. La implementación de técnicas contemplativas trata de modificar la manera de observar la realidad, para aliviar o eliminar el sufrimiento que se manifiesta en una amplia gama de presentaciones. En un sentido técnico, la fusión cognitiva es un proceso por el cual los acontecimientos verbales ejercen un fuerte control estimular sobre las respuestas generando patrones rígidos de contestación psicológica, con la exclusión de otras variables contextuales como una forma de dominancia verbal en la regulación de la conducta. Por ejemplo, si recientemente la persona ha pasado por situaciones hostiles y de vulneración de sus derechos, puede que tenga imágenes fugaces que revivan su experiencia y que le impacten de nuevo en su presente, imágenes mentales que le produce miedo y nocivas sensaciones físicas, y que lo ponen en un constante estado de ansiedad ante todo, si bien mencionamos que esta es una respuesta natural y de modo inmediato a los acontecimientos aversivos presentes, pero “cuando se producen pensamientos fusionados, el propio pensamiento puede originar los síntomas de pánico” (Hayes et al., 2015, p. 94).

El entrenamiento consiste en ejercitar la capacidad de prestar atención a diferentes objetos de meditación (Seguel, 2019). En 1979 comenzó la investigación específica sobre los efectos de la meditación en el dolor, Jon Kabat-Zinn probó un programa de meditación para tratar a pacientes con dolor crónico en el centro médico de la universidad de Massachusetts. Durante cuatro años siguió a 225 pacientes con dolor crónico,

a quienes sometió a una intervención de ocho semanas del programa llamado *Mindfulness based stress reduction* o MBSR. La conciencia plena o *Mindfulness* se define como la capacidad de estar presente en el momento actual, con una actitud de apertura y aceptación. Su integración en terapias como CFT permite abordar patrones de evitación experiencial y promover la flexibilidad psicológica (Bishop et al., 2004). Estas estrategias son particularmente útiles en contextos de estrés crónico, al permitir a las personas desarrollar habilidades para afrontar vicisitudes desafiantes con herramientas cognitivas que favorezcan estados de calma, ya que promueven la respuesta en funciones ejecutivas (toma de decisiones y autorregulación), con lo que se convierte en un factor protector intrínseco para las personas en movilidad humana en estos perímetros experienciales de vulnerabilidad.

### Evidencia empírica de la Terapia Centrada en la Compasión (CFT)

Las propuestas psicoterapéuticas específicas para atender a esta población comenzaron en otros países hace apenas unas décadas, algunas surgieron en España, basadas en las teorías del estrés, el empoderamiento psicológico y el apoyo social (Martínez y Martínez, 2018); no obstante, en Latinoamérica no se han generado propuestas recientes psicoterapéuticas cognitiva conductual, lo que es justo la aportación de impacto científico del protocolo, abonar con conocimiento situado a la preservación de los derechos humanos básicos, como lo representa el acceso al cuidado de la salud mental de la población en movilidad o migrante. Por ejemplo, en Berlín ofrecen atención de terapia, con la plataforma psicología migrante, desde un marco cognitivo conductual con *Mindfulness* integrado.

Naturalmente, la compasión deriva de la comprensión, de estar para entender en el momento presente, dejando de lado las acumulaciones verbales de significados, para entregarnos al fenómeno del devenir de nuestra existencia. Cuando una persona logra comprender a otra de esta manera, la compasión brota de forma natural, para Kornfield (2008), la compasión es parte de nuestra naturaleza más profunda, surge de



la conciencia de nuestra interconexión con todas las cosas y del efecto subjetivo nocivo de las tendencias o flujos del pensamiento hacia el autocriticismo y la constante emisión de juicios de valor. Diversos estudios demuestran la efectividad de la CFT para reducir la ansiedad, la depresión y la autocrítica en diferentes poblaciones. Por ejemplo, investigaciones en pacientes con psicosis reportan mejoras significativas en la regulación emocional y la percepción de bienestar tras intervenciones con CFT (Braehler et al., 2013).

En cuanto al aporte a la solución de problemas prioritarios de salud mental y adicciones en población migrante, los datos empíricos resultan fundamentales. Ruiz y Rodríguez (2020) identifican cuatro principales categorías de afectaciones en esta población: a) consumo de sustancias psicoactivas (4%) y exposición a diversos tipos de violencia (3.5%); b) alteraciones psicológicas, principalmente depresión (3.5%) y ansiedad (3%); c) carencias en el acceso a servicios básicos como salud (5%), vivienda (3.5%), empleo (1.5%) y alimentación (4.5%); y d) manifestaciones del estado de ánimo, como desesperanza (2%) y trastornos del sueño (2%). Estos datos subrayan la urgencia de diseñar modelos de intervención ajustados a las condiciones específicas de las personas migrantes, considerando su relevancia en términos de salud pública.

En este contexto, el fortalecimiento del yo compasivo es una de las estrategias prometedoras. La compasión, entendida como “una sensibilidad hacia el sufrimiento propio y ajeno junto con un compromiso profundo para aliviarlo; es decir, atención-conciencia sensible más motivación” ha mostrado efectos positivos en el bienestar psicológico (Gilbert, 2010, p. 10). Su práctica regular produce cambios sostenidos en el funcionamiento cerebral, especialmente en las áreas asociadas a la regulación emocional (Davidson et al., 2003).

La Terapia Centrada en la Compasión propone un enfoque orientado a procesos, más que a diagnósticos, al reconocer que la vergüenza y la autocrítica son mecanismos transdiagnósticos presentes en una amplia gama de trastornos psicológicos (Zuroff et al., 2005). En este sentido, la CFT cultiva habilidades específicas orientadas a afrontar el dolor emocional, la lucha interna y el sufrimiento, a través del desarrollo de atributos

como la empatía, la paciencia y la aceptación. En el contexto migratorio, este enfoque permite abordar de forma ética y culturalmente pertinente las experiencias de trauma, exclusión y duelo, promoviendo el bienestar emocional y la resiliencia (Gilbert, 2010).

## Integración de CFT en contextos migratorios

En México, ante la falta de atención psicológica especializada para migrantes, la implementación de CFT puede ser una respuesta efectiva. Además de abordar los síntomas de ansiedad, este enfoque fomenta habilidades como la autocompasión y la aceptación, esenciales para manejar los desafíos del proceso migratorio. Técnicamente, la fusión cognitiva es un proceso por el cual los acontecimientos verbales ejercen un fuerte control estímular, generando patrones rígidos de respuestas psicológicas, con exclusión de otras variables contextuales como una forma de dominancia verbal en la regulación de la conducta. Una de las metas en CFT es trabajar con las emociones desde un punto de vista impersonal y evolutivo, ayudando a los pacientes a darse cuenta de cuántos de los factores que creen mantienen sus problemas no fueron de su elección ni diseño, y, por lo tanto, no son su responsabilidad. En un trabajo con estudiantes universitarios, Marshall et al. (2016) informaron que la autocompasión contribuye con una variación única a la estabilidad emocional cuando se incluye con la medición del bienestar psicológico y de la flexibilidad psicológica.

En un estudio con mujeres postnatales en riesgo, Monteiro y compañía (2019) exploraron el papel de la flexibilidad psicológica y la autocompasión en el desarrollo de síntomas ansiosos y depresivos, constataron que mujeres con una mayor flexibilidad psicológica, sin prejuicios, ni evaluación del pensamiento y una elevada autocompasión, reportaron niveles significativamente más bajos de depresión y ansiedad, lo cual aporta al énfasis de ayudar a los pacientes para que aprendan a dejar de culparse por las cosas que no pudieron elegir o diseñar (yo-compasivo), y a trabajar plenamente con los factores que pueden influir para construir un repertorio de habili-





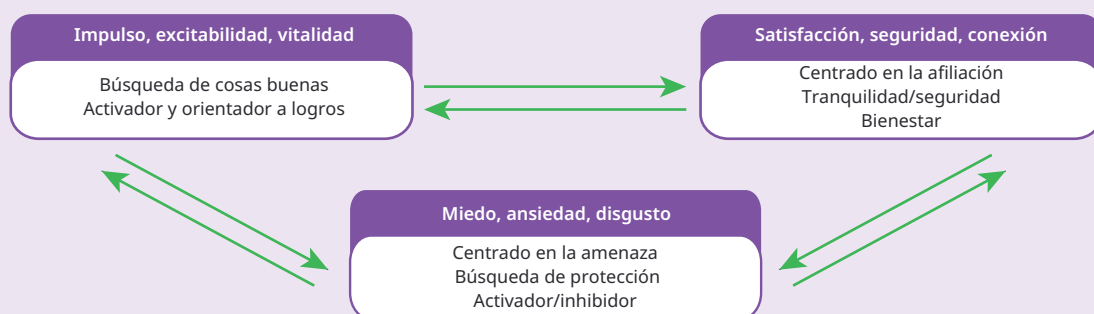
dades que les permita enfrentar los desafíos de la vida (yo-contextual). Esto es importante, porque la CFT asume un punto de vista *interactivo y compensatorio* respecto a la forma en la que está organizada la mente. Por ejemplo, los niños que son víctimas de malos tratos aprenden que no es probable que consigan cuidados, ayuda o consuelo por parte de los demás; que intentarlo sería inútil o, incluso, amenazador y peligroso. En su lugar, tienen que prestar atención al poder y al potencial de resultar dañados o de ser avergonzados por los otros. Esto hace que su desarrollo cambie hacia una mentalidad de rango social centrada en la amenaza (sistema competitivo), que los orientará para estar atentos a las claves de agresividad/rechazo (Gilbert, 2009).

Ante la evidencia de que algunas personas expuestas a eventos traumáticos desarrollan trastornos de estrés y otras no, “su aparición depende de una interacción compleja entre los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de aparición y los factores protectores que la disminuyen” (Institute of Medicine, 2006, p. 59). En términos generales, se han generado propuestas para el tratamiento del duelo migratorio y la ansiedad migratoria con el uso de la activación conductual y la organización del tiempo, técnicas de relajación, entrenamiento autógeno, entre otras (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2016).

Las terapias de tercera generación proponen el siguiente objetivo: conocer la relación entre la manifestación de síntomas de ansiedad y sus factores de conducta encubierta con las

habilidades cognitivas de automonitoreo, defusión cognitiva, autoconsciencia, flexibilidad psicológica, entre otros; factores incluidos en las nociones de atención plena como proceso de intervención, en la que son elementos clave la reubicación de la atención y la defusión de los pensamientos. En su forma más elaborada, “defusión implica aprender a ser consciente de los propios pensamientos en cuanto tienen lugar y aceptación implica el proceso activo de implicarse con las propias reacciones emocionales como medio de favorecer la apertura psicológica, el aprendizaje y la compasión hacia uno mismo y los demás” (Hayes, 2015, p. 41). Este objetivo se logra a través del equilibrio entre los tres sistemas de regulación propuestos por Gilbert (2010), cuando seguimos nuestras metas y motivaciones biosociales con éxito, tenemos una descarga de emociones gratificantes, contrario sucede en situaciones incómodas, que pueden llevar a experimentar emociones basadas en la interpretación de amenaza. “La investigación sobre el procesamiento emocional ha puesto de manifiesto varios circuitos integrados en el cerebro que dan lugar a distintos tipos de emoción que regulan la motivación” (Panksepp, 1998, como se cita en Gilbert, 2009, p. 47.). Un modelo adecuado por Gilbert (2010), derivado de las investigaciones más recientes, pone de manifiesto que, como mínimo, nuestro cerebro contiene tres tipos principales de sistemas de regulación de emociones. Cada uno diseñado para hacer cosas distintas. Los tres sistemas interactivos se representan en la figura 1.

**Figura 1.**  
**Principales sistemas de regulación**



Fuente: Extracción de Gilbert (2009, p. 47).



La terapia centrada en la compasión está enfocada en el desarrollo de habilidades transdiagnóstico, como la compasión y autocompasión, que se ejercitan entrenando capacidades vinculadas al manejo de la atención y la conciencia plena, lo cual puede ayudar a regular el estado de ánimo y generar sentimientos de seguridad, autoaceptación y comodidad (Gilbert, 2010). En la década de 2000, el psicólogo Paul Gilbert desarrolló esta terapia para abordar específicamente la vergüenza y la autocrítica, se basó en la psicología y la neurociencia evolutiva, social y del desarrollo; justamente a la par surgió la terapia cognitiva basada en *Mindfulness* (Siegel, 2007), que también instruye a los pacientes sobre la ciencia de la conexión mente-cuerpo y cómo practicar la toma de conciencia, además del entrenamiento en un yo-compasivo como filosofía de vida.

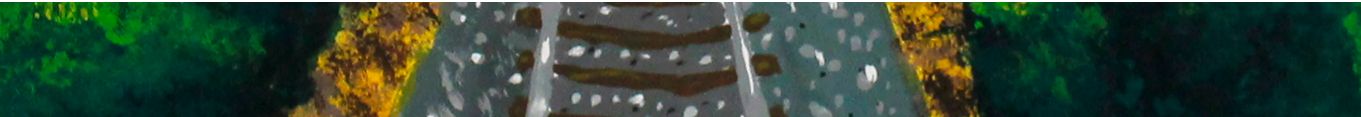
Lanzetta y Englis (1989, como se cita en Gilbert, 2009, p. 28) mostraron que premiar a la gente por sus relaciones cooperativas o competitivas producía importantes diferencias en la conductancia de la piel y la tasa cardíaca. Según Siegel (2007), un enfoque mental estabilizado para aquellos entrenados en conciencia plena puede convertirse en un rasgo generalizado, no en un estado creado intencionalmente. Considerando esto, el objetivo de la CFT es corregir o estimular el desequilibrio en los sistemas de regulación emocional que pudieron verse alterados debido a una insuficiente estimulación.

El desarrollo de habilidades de compasión y autocompasión se realiza mediante el “entrenamiento compasivo de la mente” (ECM). La psicoeducación sobre la evolución del cerebro, la construcción de la identidad y los sistemas que regulan las emociones, corrigiendo la tendencia hacia pensamientos hostiles y de indefensión, por compasión y comprensión, son tareas relevantes para que los pacientes puedan comenzar a calmarse, aceptar el alivio de los demás y generar sentimientos de satisfacción y seguridad (Gilbert, 2009); para esto, el autor nos refiere, en general, al entrenamiento de atributos y habilidades compasivas:

De trabajar con el sí mismo como una parte constitutiva del contexto a hacerlo plenamente con los factores en los que se puede influir, con el fin de construir un repertorio de habilidades para gestionar los desafíos de la vida desde una perspectiva de yo-contextual y edificar vidas satisfactorias y significativas (Hayes et al., 2015), a través de la comprensión compasiva en conciencia plena del aquí y ahora que conduzca al individuo a la ejecución de prácticas compasivas en su entorno, redirigiendo su atención a metas valiosas y placenteras, por encima de la presencia de la enfermedad, la limitación o el sufrimiento. Neff (2012) señala que la autocompasión implica ser cálidos y comprensivos con nosotros en lugar de criticarnos cuando estamos sufriendo, sentimos que hemos fallado o nos sentimos incompetentes.

Figura 2. Atributos y habilidades compasivas	
Atributos Compasivos	Habilidades Compasivas
<ul style="list-style-type: none"><li>• desarrollar la motivación para ser cuidadoso respecto a sí mismo y a los demás.</li><li>• la intencionalidad y el reconocimiento del valor del esfuerzo para desarrollar la compasión.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• aprender a centrar la atención intencionadamente en cosas que resultan útiles con ecuanimidad, esto se refiere a la conciencia plena y al desarrollo de la atención consciente.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• desarrollar la sensibilidad hacia los sentimientos y necesidades del yo y de los demás.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• observar, anotar y reflexionar sobre el estilo de pensamiento y de razonamiento adoptando una perspectiva equilibrada.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• sintonizar con los sentimientos de uno mismo y de los demás.</li><li>• desarrollar la capacidad de tolerar más que de evitar los sentimientos, recuerdos o situaciones difíciles.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• conectar y planificar actividades relacionadas a nuestro objetivo vital valioso.</li><li>• la conducta compasiva, por lo general requiere el valor para emprender la acción comprometida.</li></ul>

Fuente: Elaboración propia basada en Gilbert (2010).



## Metodología

### Diseño

Se realizó un estudio cuantitativo preexperimental con medición pretest y posttest, orientado a evaluar los efectos preliminares de una intervención psicosocial breve sobre la ansiedad y la autocompasión de personas migrantes en tránsito, diseñada para la modalidad individual y adaptada a las condiciones de movilidad y vulnerabilidad de la población en cuestión. La implementación se llevó a cabo en la Casa del Migrante de Saltillo, Coahuila, con el apoyo del equipo operativo del albergue. Dadas las características del entorno, se optó por una intervención breve de cinco sesiones, fundamentada éticamente en el principio de factibilidad y cuidado contextual.

### Participantes

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, y se realizó entre abril de 2022 y febrero de 2023. La muestra final se conformó por 65 personas migrantes en situación de tránsito, que aceptaron participar de manera voluntaria mediante consentimiento informado adaptado culturalmente. Del total, 44 personas se identificaron con sexo masculino y 21 con sexo femenino. Aproximadamente, 56.9 por ciento eran adultos jóvenes entre 18 y 30 años. En cuanto al estado civil, 43.1 por ciento eran solteras, 35.4 en unión libre y 21.5 por ciento casadas.

Respecto al nivel educativo, 34 por ciento contaba con estudios hasta primaria, 30 hasta secundaria y 33 por ciento con bachillerato trunco. Solo 7.7 por ciento tenía estudios universitarios o técnicos superiores. En términos de nacionalidad, la mayoría provenía de Honduras (54%), El Salvador (29%), Guatemala (5%), Haití (3%), Nicaragua (3%), Venezuela (3%) y Colombia (1%).

### Instrumentos

- ◆ Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE): Adaptación mexicana del STAI (Spielberger et al., 1983) publicada por el Manual Moderno. Consta de 40 ítems

tipo Likert, divididos en dos subescalas de 20 ítems cada una (ansiedad estado y ansiedad rasgo). En su validación en población cubana, los puntos de corte fueron:  $\leq 30$  bajo, 31–44 moderado,  $\geq 45$  alto. Reporta alta confiabilidad:  $\omega = 0.90$  (AR) y  $\omega = 0.96$  (AE) (Bazán, 2021). Se aplicó colectivamente con adecuaciones lingüísticas validadas en un grupo piloto.

- ◆ Escala de Autocompasión (scs, Neff, 2003): Versión adaptada al español por García-Campayo et al. (2014), compuesta por 26 ítems que miden: a) auto-amabilidad vs. auto-juicio, b) humanidad compartida vs. aislamiento, y c) atención plena vs. sobre identificación. Los rangos interpretativos son: 1.0–2.5 (bajo), 2.6–3.5 (moderado), 3.6–5.0 (alto). La escala ha demostrado consistencia interna y fiabilidad ( $\alpha = 0.895$  en la muestra piloto de este estudio). Se aplicó con ajustes para asegurar comprensión en la población en tránsito.

La decisión de implementar una intervención psicosocial breve, y no una propuesta clínica prolongada, respondió a las condiciones estructurales del tránsito migrante, la alta rotación en el albergue y la necesidad de minimizar la intrusión en experiencias traumáticas. Esta postura se sustenta en los planteamientos de González-Gil (2009, p. 2), quien advierte que “la naturaleza dinámica y compleja de los fenómenos humanos exige una actitud de reflexividad metodológica constante, que permita adaptar los diseños a las realidades vividas por las personas investigadas”.

### Propuesta de entrenamiento en estrategias de regulación emocional y conciencia plena

#### Diseño de Intervención

- ◆ Número de sesiones: 5 sesiones.
- ◆ Frecuencia: de 2 a 3 sesiones semanales.
- ◆ Duración por sesión: 45 minutos.
- ◆ Espacio requerido: sala de juntas o salón que permita un ambiente de segu-



ridad y privacidad durante el proceso terapéutico.

- ◆ Número de participantes: Entre 3 a 4 participantes. Procurar que sea un número par de participantes.
  1. Técnicas de conciencia plena para manejar pensamientos ansiosos.
  2. Ejercicios de compasión hacia sí mismos y hacia otros para reducir la autocrítica.
  3. Estrategias de regulación emocional basadas en el modelo de sistemas de regulación de los afectos (Gilbert, 2010).

Análisis de datos

Se emplearon pruebas estadísticas no paramétricas para comparar niveles de ansiedad y autocompasión antes y después de la intervención.

Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el Núcleo Académico Básico de la Maestría en Psicología Clínica con Enfoque Cognitivo Conductual y se desarrolló conforme a la normativa nacional de bioética (NOM-012-SSA3-2012) y los principios éticos internacionales (impulsados por la Organización Mundial de la Salud y la Agencia de la ONU pa-

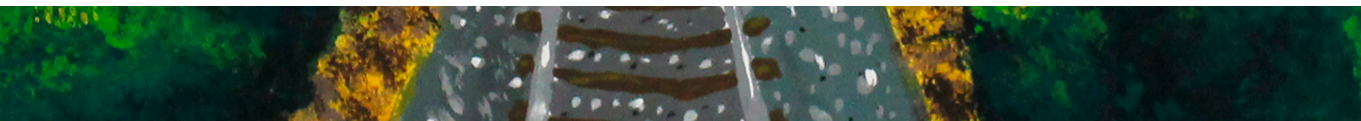
ra los Refugiados). Se aplicó un consentimiento informado adaptado culturalmente, en el que se asegura la voluntariedad y la comprensión de las personas participantes, quienes fueron informadas sobre los objetivos, riesgos y su derecho a retirarse.

Se garantizó la confidencialidad de los datos y el anonimato, conforme a la Ley General de Salud. La propuesta de entrenamiento en estrategia de regulación emocional y conciencia plena fue validada por profesionales expertos en salud mental y migración. Además, se contemplaron medidas básicas de contención emocional y se realizó una devolución de resultados al albergue receptor.

Del sí mismo como una parte constitutiva de su contexto a trabajar plenamente con los factores en los que pueden influir para construir un repertorio de habilidades para trabajar con los desafíos de la vida desde una perspectiva de yo-contextual y construir vidas satisfactorias y significativas (Hayes, 2015), a través de la comprensión compasiva en conciencia plena de su aquí y ahora que conduzca al individuo a la ejecución de prácticas compasivas en su entorno redirigiendo su atención a metas valiosas y placenteras, por encima de la presencia de la enfermedad, la limitación o el sufrimiento. Neff (2012) ha señalado que la autocompasión implica ser

Cuadro 1. Descripción de los indicadores de autocompasión y síntomas de ansiedad-rasgo, ansiedad-estado									
	Rango	Mínimo	Máximo	M	Med	Moda	DE	S	K
Ansiedad-estado	37	23	60	38.81	37.00	36	9.964	0.388	-0.727
Ansiedad-rasgo	39	24	63	42.27	41.00	38	9.342	0.396	-0.130
Autoamabilidad	4.00	1.0	5.0	3.360	3.400	5.0	1.1631	-0.094	-1.100
Humanidad compartida	4.00	1.00	5.00	3.2885	3.5000	3.50	1.04324	-0.364	-0.002
Atención Plena	4.00	1.00	5.00	3.4423	3.5000	4.00	1.09667	-0.551	-0.481
Autoenjuiciamiento	4.00	1.0	5.00	2.609	2.400	1.0	1.1903	0.238	-1.164
Autoaislamiento	4.00	1.00	5.00	2.5234	2.2500	1.00	1.20484	0.538	-0.519
Sobre identificación	4.00	1.00	5.00	2.6769	2.5000	2.25	1.16653	0.530	-0.458
Total, scs	3.58	1.00	4.58	3.3254	3.3200	2.97	0.69646	-0.628	1.479

Fuente: Elaboración propia.



cálidos y comprensivos con nosotros mismos en vez de criticarnos cuando estamos sufriendo, cuando sentimos que hemos fallado o cuando nos sentimos incompetentes.

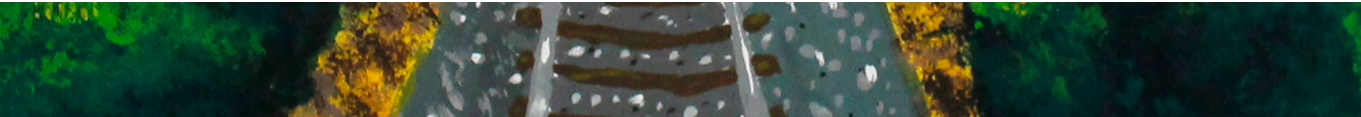
Resultados

De manera global, en 43 por ciento de la muestra se presentaron niveles de moderados a altos en los indicadores de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado. Además, se observó una distribución asimétrica positiva en ansiedad-estado (rango = 37, moda = 38.81) y ansiedad-rasgo (rango = 39,

moda = 42.27). Por su parte, los indicadores de autoamabilidad, humanidad compartida y atención plena presentaron una distribución asimétrica negativa, destacando la variable de atención plena (rango = 4, moda = 3.44) con la mayor asimetría negativa. Mientras que los indicadores de autoaislamiento y sobre identificación presentaron una distribución asimétrica positiva, donde la de mayor asimetría positiva correspondió a la sobre identificación (rango = 4.0, moda = 2.67). Finalmente, el indicador de autoenjuiciamiento (rango = 4.0, moda = 2.69) presentó una distribución simétrica.

Cuadro 2. Pruebas de Rangos con Wilcoxon en Grupo Experimental					
	Med	Rango promedio	P	Z	r (tamaño del efecto)
Pre Ansiedad-estado	41.33	1.50	0.109	-1.604 <sup>c</sup>	0.9260
Post Ansiedad-estado	22.66	0.00			
Pre Ansiedad-rasgo	42.00	1.50	0.109	-1.604 <sup>c</sup>	0.9260
Post Ansiedad-rasgo	33.00	0.00			
Pre Auto_amabilidad	1.73	2.00	0.109	-1.604 <sup>d</sup>	0.9260
Post Auto_amabilidad	4.46	1.00			
Pre Humanidad_compartida	1.63	1.00	0.102	-1.633 <sup>d</sup>	0.9428
Post Humanidad_compartida	3.75	2.00			
Pre Atención_plena	2.33	2.00	0.109	-1.604 <sup>d</sup>	0.9260
Post Atención_plena	4.66	1.00			
Pre Auto_enjuiciamiento	2.13	1.50	0.414	-.816 <sup>c</sup>	0.4711
Post Auto_enjuiciamiento	1.60	0.00			
Pre Auto_aislamiento	2.16	1.50	0.157	-1.414 <sup>c</sup>	0.8163
Post Auto_aislamiento	1.33	0.00			
Pre Sobre_identificación	1.83	1.50	1.000	.000 <sup>e</sup>	0.0000
Post Sobre_identificación	1.91	0.00			
Pre TOTAL_SCS	2.86	0.00	0.109	-1.604 <sup>d</sup>	0.9260
Post TOTAL_SCS	4.33	2.00			

Fuente: Elaboración propia.  
Prueba de rangos con Wilcoxon para muestras relacionadas en grupo experimental. Los valores negativos de Z indican una tendencia de mejora posterior a la intervención. <sup>c</sup> = Cambio a favor del post-test, con disminución en los niveles de ansiedad.  
<sup>d</sup> = Cambio a favor del post-test, con incremento en los niveles de autocompasión o sus subescalas (auto-amabilidad, humanidad compartida, atención plena y total SCS). <sup>e</sup> = Sin diferencia significativa ni cambio clínicamente relevante.



En la prueba Wilcoxon para las dos muestras relacionadas de pretest y postest en el grupo experimental no se observaron diferencias significativas, en cambio, reflejaron un tamaño del efecto grande en todas las dimensiones estudiadas, excepto por autoenjuiciamiento ( $r = 0.4711$ ), con un tamaño del efecto pequeño. Por otro lado, los indicadores de adquisición de competencias cognitivas pasaron de puntajes de autocompasión moderada a alta ( $r = 0.9260$ ).

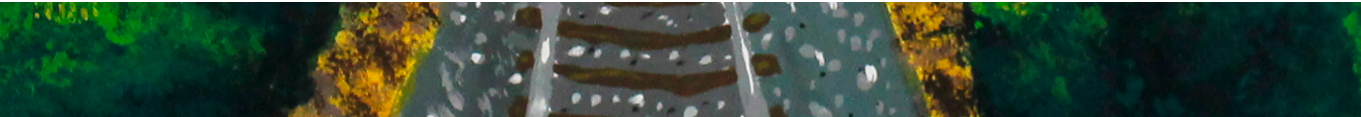
En la prueba para muestra independientes Mann-Whitney entre el grupo control y el grupo experimental se presentaron diferencias significativas ( $p > .05$ ), en el grupo control se observa un mayor puntaje de ansiedad\_estado ( $M_{\text{post}} = 41.33$ ), ansiedad\_rasgo ( $M_{\text{post}} = 45.33$ ) versus puntuaciones post test en el grupo ex-

perimental ( $M_{\text{post}} = 22.66$ ) y ansiedad\_rasgo ( $M_{\text{post}} = 33.00$ ), reflejando a su vez un tamaño del efecto grande en puntuaciones de sobre identificación ( $r = 1.167$ ) ansiedad\_estado ( $r = 1.133$ ), ansiedad\_rasgo ( $r = 1.133$ ), auto aislamiento ( $r = 1.1506$ ) y total de puntuación de autocompasión ( $r = 1.133$ ).

Los análisis inferenciales mostraron una disminución estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad, particularmente en la subescala de ansiedad estado ( $p < 0.05$ ), lo que sugiere una mejora en la capacidad inmediata de afrontamiento ante situaciones estresantes. Esta disminución indica una modulación favorable del sistema de alerta, coherente con la introducción de prácticas de regulación emocional durante el proceso de intervención psicosocial breve.

Cuadro 3.						
Prueba de Mann-Whitney para Rangos de eficacia en puntuaciones Post Test de muestras independientes						
	Grupo	M	Rango promedio	p	Z	r(tamaño del efecto)
Ansiedad_Estado	Experimental	22.66	2	0.05	-1.964	1.133
	Control	41.33	5			
Ansiedad_Rasgo	Experimental	33.00	2	0.05	-1.964	1.133
	Control	45.33	5			
Auto_Amabilidad	Experimental	4.46	2	0.05	-1.964	1.133
	Control	2.73	5			
Humanidad_Compartida	Experimental	3.75	3.5	1.00	0.00	0.00
	Control	3.38	3.5			
Atencion_Plena	Experimental	4.66	4.67	0.121	-1.55	0.894
	Control	2.74	2.33			
Auto_Enjuiciamiento	Experimental	1.60	2	0.05	-1.964	1.133
	Control	3.26	5			
Auto_Aislamiento	Experimental	1.33	2	0.046	-1.993	1.1506
	Control	4.01	5			
Sobre_Identificación	Experimental	1.91	2	0.043	-2.023	1.167
	Control	3.28	5			
Total_SCS	Experimental	4.33	5	0.05	-1.964	1.133
	Control	2.75	2			

Fuente: Elaboración propia.  
Prueba de rangos con Wilcoxon para muestras relacionadas en grupo experimental. Los valores negativos de Z indican una tendencia de mejora posterior a la intervención. < = Cambio a favor del post-test, con disminución en los niveles de ansiedad.  
^ = Cambio a favor del post-test, con incremento en los niveles de autocompasión o sus subescalas (auto-amabilidad, humanidad compartida, atención plena y total SCS). \* = Sin diferencia significativa ni cambio clínicamente relevante.





En cuanto a la autocompasión, se observaron incrementos significativos en las puntuaciones globales ( $p < 0.05$ ), con mejoras marcadas en las subdimensiones de autoaceptación y reducción de la autocritica. Estos cambios reflejan una mayor apertura emocional, así como una actitud más comprensiva hacia las propias dificultades, lo que favorece la flexibilidad cognitiva y el contacto consciente con las propias emociones y necesidades.

## Discusión

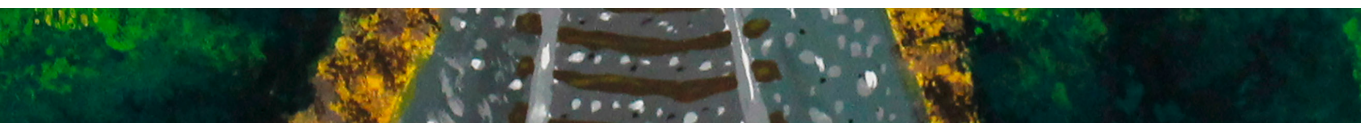
Los hallazgos obtenidos permiten identificar tendencias relevantes capaces de orientar futuras agendas de investigación, acción e incidencia, para atender las afectaciones emocionales que justo coinciden con el denominado Síndrome de Ulises (Achotegui, 2009), como insomnio, irritabilidad, desorganización en el autocuidado básico. Estas manifestaciones no deben abordarse como trastornos clínicos individuales, son reacciones esperables ante contextos de violencia estructural, desplazamiento forzado y ausencia de redes de protección. En estados como Coahuila, donde el flujo migratorio ha aumentado en más de 69 por ciento en los últimos años, las políticas de atención siguen sin integrar estrategias diferenciadas para la salud mental de las personas migrantes. A pesar del crecimiento en la expedición de documentos de residencia, persisten brechas estructurales de acogida, discriminación institucional y carencia de acompañamiento psicosocial (Vázquez-Villegas, 2006; Willers, 2016).

En concordancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (particularmente el ods 3: Salud y Bienestar), esta experiencia de primer acercamiento puede sustentar la generación de estrategias en la Administración Pública Federal para desarrollar acciones en cascada. Entre ellas, la implementación de intervenciones psicosociales breves en albergues, casas del migrante y organizaciones civiles, mediante capacitaciones replicables y culturalmente adaptadas, que promuevan el acceso al bienestar emocional y a la salud mental como un derecho para todas las personas en movilidad humana en condiciones de vulnerabilidad.

Como un reto persistente en la investigación y la atención psicosocial a las personas migrantes, es relevante señalar las limitaciones metodológicas del estudio: la ausencia de instrumentos psicométricos transculturales, validados para contextos de movilidad humana irregular y diversidad lingüística y cultural. Aunque las escalas utilizadas ofrecen un primer acercamiento útil para estimar indicadores de salud mental, es necesario avanzar hacia herramientas más sensibles a los orígenes diversos, trayectorias de vida y marcos de referencia de este sector de la población.

Por otro lado, aunque nuestros hallazgos sugieren que la incorporación de prácticas basadas en la compasión puede favorecer la autorregulación emocional en contextos de migración con perímetros de vulnerabilidad, al activar procesos de flexibilidad cognitiva y calma fisiológica, los resultados deben interpretarse con cautela. El diseño preexperimental, el reducido tamaño de muestra y la falta de un grupo control homogéneo limitan la generalización de los datos. Además, el uso de escalas diseñadas para poblaciones clínicas occidentales plantea desafíos en cuanto a su validez ecológica en contextos migrantes en condiciones de vulnerabilidad, y la crítica a la perspectiva patologizante de afectaciones a la salud mental, pensando en su lugar estrategias de evaluación culturalmente sensibles a la experiencia.

La elección de una intervención breve no solo respondió a restricciones logísticas, también a una postura metodológica reflexiva, consciente de las condiciones inestables y de alta rotación en los espacios de tránsito. Como advierte González-Gil (2009), los diseños en investigación psicosocial deben adaptarse a la realidad dinámica de los sujetos y evitar imponer rigideces formales desconectadas de sus vivencias. En este sentido, el presente estudio no busca demostrar eficacia clínica, sino plantear posibles formas de acercamiento que sea culturalmente sensibles y factible para fortalecer el bienestar psicoemocional de las personas en movilidad humana en condiciones de vulnerabilidad.



## Consideraciones finales

Los resultados de este estudio ofrecen un primer acercamiento a la pertinencia de generar estrategias psicoeducativas breves de regulación emocional en contextos de tránsito migratorio. La intervención basada en compasión y atención plena evidenció mejoras significativas en indicadores de ansiedad-estado y autocompasión, lo que sugiere su potencial como herramienta inicial de contención emocional en situaciones de alta vulnerabilidad. Así mismo, se logró visibilizar de forma más clara la necesidad de metodologías sensibles, éticas y culturalmente adaptadas, que además de medir, propicien interpretar las expresiones emocionales desde el marco experiencial de las personas en movilidad humana en condición de refugio o en vulnerabilidad. Ello implica avanzar hacia instrumentos que no reproduzcan lógicas de psicodiagnóstico o patologización, sino que rescaten la vivencia subjetiva del malestar como respuesta coherente a condiciones de violencia estructural.

Si bien existen limitaciones en las herramientas de evaluación para indicadores de salud mental, así como extensión del proceso de

entrenamiento en estrategias de regulación emocional y conciencia plena, sí puede orientar a los espacios gestores de recursos institucionales, comunitarios o humanitarios para el diseño de estrategias que consideren el riesgo de efectos iatrogénicos cuando se aplican intervenciones no contextualizadas en salud mental. La validación de protocolos con sensibilidad cultural y enfoque de derechos humanos es un paso indispensable para evitar intervenciones psicosociales inadecuadas. Por ello, no se pretende demostrar la eficacia clínica, se busca contribuir a la construcción de respuestas contextualizadas y humanizantes frente a una realidad marcada por la exclusión. Finalmente, se sugiere la incorporación de talleres breves en albergues o casas del migrante, así como la formación de equipos con competencias en terapias de tercera generación, que puedan fortalecer los mecanismos comunitarios de acompañamiento y prevención. Se alienta también a impulsar nuevas líneas de investigación para el desarrollo de instrumentos diagnósticos culturalmente pertinentes, en consonancia con la Agenda 2030 y los principios de justicia psicosocial.





# Protocolos poco efectivos: Sugerencias en materia de acompañamiento a la salud mental de familiares-buscadores de migrantes por desaparición

Angélica Ojeda García<sup>1</sup>

## Resumen

El Sistema Jesuita para Refugiados (SJR), creado en 1980 por el Padre General Pedro Arrupe como obra de la Compañía de Jesús, busca atender casos de violencia y de abusos a los derechos humanos de personas migrantes en el mundo (De la Peña, 2017), enfocándose en desarrollar y dar a conocer protocolos de atención. Según la investigación literaria y periodística, en México las cifras no disminuyen desde esa fecha, por el contrario, las agresiones contra los migrantes y los desacuerdos entre nuestro país y Estados Unidos por el manejo en materia migratoria persisten. El objetivo de este trabajo es hacer un análisis comparativo entre la apreciación esperanzadora y la desesperanzadora de un grupo de estudiantes adscritos a una universidad jesuita, quienes decidieron tener la experiencia de contacto cercano con esta población. Se optó por emplear una aproximación metodológica cualitativa, mediante la técnica de grupo focal, intergeneracional, con dichos estudiantes. Los resultados preliminares han permitido visualizar dos líneas de trabajo en tendencia a responder nuestra pregunta de investigación para vislumbrar en cómo acompañar a familiares-buscadores de migrantes desaparecidos: 1). En la mayoría de los casos, la participación y cercanía con la población desemboca en visibilizarla para fungir como su voz, sus ojos, su fuerza, su energía, su lucha

por una vida más justa, entre otras cosas. 2). Dicha experiencia es determinante en el rumbo que tomarán en su práctica y desarrollo profesional, pues dejó una huella profunda y representa un parteaguas en su actividad profesional.

**Términos Clave:** *Experiencia estudiantil, visibilización, mayor interacción, población migrante, comunicación grupal.*

## Introducción

La movilidad agrupa una serie de condiciones adversas que pronostican todo tipo de trastorno emocional, si no se cuenta con los recursos mínimos necesarios para afrontar, durante las trayectorias, la diversidad de estresores que se conjugan en este proceso. Incluso, se le ha considerado como un factor de riesgo de enfermedad mental, como un cuadro clínico, o bien, en modo fragmentado, de alteraciones en la toma de decisiones relacionadas con la conducta. De acuerdo con Ellermann (2020), la movilidad es una condición que propicia, en personas aparentemente estables emocionalmente y con adecuada respuesta a las demandas externas, desorganización de la personalidad y riesgo desmesurado de padecer trastornos psicosociales en el corto, el mediano o el largo plazo. Esto se debe a que al proceso migratorio se le conoce por los síntomas que ocasiona y los riesgos que envuelve,

<sup>1</sup> Profesora-Investigadora de la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México y Sistema Universitario Jesuita (angelica.ojeda@ibero.mx).

Producto vinculado a un equipo de investigación más amplio y financiado por la Dirección de Investigación de las Universidades Iberoamericanas en México y el Sistema Universitario Jesuita. La propuesta colectiva de investigación es interdisciplinaria y está titulada: "Voces Buscadoras: Documentación de Casos para Acompañamientos en Justicia e Impactos Psico-socioemocionales en la Desaparición de Personas Migrantes en México".

sobrepasando todo tipo de habilidades adaptativas en cualquier migrante, de cualquier edad, por lo que ha recibido el nombre de “Síndrome de Ulises” (Achotegui, 2020).

El síndrome de Ulises o síndrome del migrante no es un cuadro clínico, es una forma sintetizada de enfatizar que las personas migrantes y sus familias desarrollan una serie de señales y síntomas por separación de su lugar de origen, de sus raíces, de lo que estaban acostumbrados y que, en cierta medida, les daba contención emocional, protección y seguridad. Se manifiesta como indicios de que están atravesando por momentos de mucho estrés, tanto el migrante como su familia que se queda, por la falta de comunicación con sus familiares, el desconocimiento de la condición de éste o ésta y las múltiples pérdidas que sufren, desde lo que les proporcionaba una identidad, hasta su estatus como personas pertenecientes a una sociedad, un grupo, una historia, una cultura; en los casos en los que toda la familia migra, los estresores externos se complican y multiplican, todos los integrantes están en riesgo y sufren abusos de diversa índole durante el trayecto. Desde su partida, y durante todo su proceso de movilidad hasta su destino, esta condición les demandará nuevas habilidades y normas de convivencia social, e incluso, técnicas y oficios para generar ingresos mientras migran (Achotegui, 2020).

## La desaparición de personas migrantes

Los datos registrados y las estadísticas publicadas al respecto varían según la fuente. Cada entidad civil o gubernamental tiene sus medios para hacer este conteo. La Federación Mexicana de Organismos Públicos de Derechos Humanos (FMOPDH, 2022) reportó que al menos había dosmil personas en situación de migración desaparecidas en México, un número muy pequeño en comparación con los proporcionados por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2024). Arroyo et al. (2022, p. 6) sostienen que “Según datos del Missing Migrant Project (MMP) de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), entre enero de 2014 y marzo de 2022 al menos 6 141 personas en situación

de migración murieron y/o desaparecieron en las rutas migratorias que entrecruzan diversos países del continente americano”.

Si bien estos números por sí solos son alarmantes, es importante enfatizar que se trata de algunos casos que se han podido registrar, por lo que son estimaciones y datos inconclusos, nunca se podrá contar con una estadística actual. Más que contarlos, tales cifras buscan organizar recursos, rediseñar protocolos “paraguas”, reubicar personal, observar necesidades y capacitar a los profesionales en el tema y al personal de primer contacto para que cuenten con protocolos de acción, en este caso, en materia de proporcionar contención emocional como primeros auxilios psicológicos (SJM-México, 2022).

En general, la desaparición de personas, y en particular, en movilidad implica activar toda la estructura social, ya que es un reflejo de una desestructuración social que impide contener este problema. No obstante, el estudio de este fenómeno tampoco nos lleva a pensar que todos, organizaciones civiles y gubernamentales, deben hacer lo mismo. Por el contrario, debe abordarse desde diferentes ángulos, cada uno a partir de sus conocimientos y sus recursos; pero es imprescindible que toda organización esté interconectada con las otras, en el mismo canal de interés y con una dirección similar: la de promover la prevención de la desaparición de personas migrantes. La necesidad de procurar mejorar su vida o de salir de su lugar de origen por complicaciones territoriales, no los convierte en personas sin derecho o sujetas al abuso público (Salazar et al., 2023). Por su parte, la estabilidad emocional y la salud mental de quienes buscan a sus familiares se ven afectadas del mismo modo que las de las y los desaparecidos, ya que dejan su vida entera para volcarla en un único objetivo y a una sola voz: “*los queremos vivos*” (Salazar et al., 2023).

La ausencia de moral, de empatía, de comunicación y de unidad familiar, así como de educación en materia de sensibilización social y otredad, es una de las condiciones que permiten ver toda cifra al respecto como solo números y, al ser tantos, pues aparentemente se convierte en una suma que va en aumento, se olvida que son personas como cada uno de nosotros, que persiguen un sueño, luchan por mejorar su





vida y su capacidad para adquirir recursos, con una familia o parte de un sistema familiar, con ilusiones y metas por alcanzar. El desbordado sistema social los pone justo en una ubicación sin fronteras, sin límites, sin protección alguna, en una situación de olvido social (Mateos-Fernández y Saavedra, 2020). Más aún, con todo esto y la impotencia de no saber qué hacer en cada caso de manera inmediata, el bienestar y la salud mental de todos los implicados, incluyendo a los encargados de actuar bajo protocolo (documentar, mantener comunicación e informar sobre el proceso y de investigar el paradero de la persona desaparecida) se ven afectadas en lo individual y en su sistema de respuesta conductual, nadie se imagina vivir esta atrocidad.

Ante el olvido social y la indiferencia por poner a salvo a estos seres humanos, no queda más que reaccionar con indignación y un sentimiento de injusticia total. Si bien se espera que el problema se aborde desde parámetros internacionales, establecidos hace muchísimas décadas, como los Principios de Helsinki: con respeto a proteger la integridad y a salvaguardar la vida de toda persona, en beneficio de su bienestar y su salud en general (incluyendo la emocional), bajo una postura de justicia social para las personas no localizadas (Mateos-Fernández y Saavedra, 2020), quienes estudian este fenómeno coinciden en que sigue existiendo mucho desconocimiento, estigmatización e incluso indiferencia.

Esencialmente, los familiares de las víctimas y las organizaciones de la sociedad civil son los principales actores sociales que realizan las búsquedas de las personas desaparecidas, exigen justicia, reparaciones y acciones conforme a protocolo (Salazar et al., 2023).

Los reportes de casos y el análisis del fenómeno permiten entender y distinguir el contenido de este problema socio-estructural, mientras que un aliado en la comunicación de lo que expresan los familiares de las y los desaparecidos es el uso de la metáfora, con el afán de comunicar, hacerlo visible y sensibilizar a la población en el proceso de dibujar el camino de la otredad, “donde la persona desaparecida nos afecta a todos, todos somos el sistema, todos debemos actuar desde nuestras posibilidades” (Salazar et al., 2023).

Al análisis metafórico desde la narrativa que lo acompaña se le conoce como Análisis Crítico del Discurso (ACD), muy adecuado para entender problemas sociales en contextos públicos, con aproximaciones multidisciplinarias, centradas en las personas y en términos interactivos que resalten representaciones, confirmaciones, legitimaciones, reproducciones y desafíos en las relaciones de abuso de poder (dominación) dentro de la estructura llamada “sociedad” (Salazar et al., 2023).

## Programa social

Recientemente, se han propuesto programas sociales que diseñan intervenciones basadas en el arte (ABI) como herramientas terapéuticas para refugiados, niños pertenecientes a minorías étnicas vulnerables, víctimas de desastres y de violencia doméstica, migrantes en movilidad, etc., con el objetivo de explorar la identidad, reconstruir la confianza, compartir historias y sanar heridas (Akthar y Lovell, 2019).

Las ABI demostraron ser eficaces al tratar múltiples problemas de salud, tanto físicos como mentales, en una amplia variedad de casos; ¿cómo?, promoviendo el desarrollo de habilidades creativas, de afrontamiento, de resolución de problemas, fomento de la comunicación, así como reducción del estrés y la ansiedad; ayudan a mejorar las relaciones interpersonales, a preservar la identidad cultural y a reconstruir una identidad resiliente, también facilitan la expresión de posibles síntomas emocionales (ansiosos, depresivos por estrés o trastorno del sueño) y la gestión de los duelos migratorios (Beauregard et al., 2017).

Las ABI surgieron en el marco de un programa de acogida para inmigrantes de 16 años y más en situación de vulnerabilidad de la asociación Movimiento por la Paz, el Desarme y la Libertad (MPDL) de Sevilla, España, cuyo objetivo es asegurar la cobertura de las necesidades básicas de alojamiento y apoyo (familiar, social y económico). Allí se define la vulnerabilidad no como un estado subjetivo, sino como un aspecto de vidas compartidas interdependientes. Se es vulnerable a una situación, una persona o una estructura social, en aquello en lo que confiamos y si falla, nos deja expuestos y en una situa-



ción muy precaria (Salazar et al., 2020). En su aplicación masiva es importante evitar lugares con connotación clínica o institucional, como hospitales; de preferencia que sean espacios comunitarios, abiertos a toda la ciudadanía, sin cortapisas para las personas en riesgo y los casos a trabajar.

La asociación recomienda planear actividades lo más sencillas posible, para reducir las probabilidades de barreras lingüísticas y permitir la integración del grupo de trabajo y la identificación emocional capaz de hacer sentir a las personas acompañadas-contenidas. Luego de cada actividad se debe brindar la oportunidad a los participantes de expresar sus emociones y compartir sus experiencias, sin atisbos de presión en ningún momento y lo más libres posibles en lo que desean comunicar o plasmar en una obra de arte. En otras palabras, los integrantes del grupo de trabajo deben tener el control en todo momento, ejemplos: utilizar contenido como música y canciones propias de sus países de origen como material de trabajo para reducir las barreras culturales (Lenette y Sunderland, 2016).

El estudio de esta propuesta sugiere que las ABI favorecen la disminución de los síntomas por depresión, duelo, estrés o ansiedad; en general, esto favorece la redirección de las narrativas de los participantes para propiciar que expresen sus emociones, promover un estilo más reflexivo de procesar su duelo hacia el futuro y aumentar el sentido de comunidad, pertenencia social y unidad familiar (Salazar et al., 2020).

Una metáfora se conceptualiza como una noción más abstracta con dos tipos de dominios semánticos juntos: el fuente y el meta. El primero consiste en elementos familiares del mundo, fáciles de percibir y muy conocidos, mientras que los elementos del segundo dominio suelen ser conceptos más abstractos e indefinidos como las ideas, los procesos o las cualidades. Por ejemplo, una metáfora conceptual prototípica es: *EL TIEMPO ES DINERO*, que se ve reflejada en expresiones como *gastar tiempo*, *ahorrar tiempo*, *robar tiempo*, *ganar tiempo*, etc. Se utilizan de forma persuasiva para transmitir valoraciones y, por lo

tanto, constituyen parte de la ideología cultural (Mateos-Fernández y Saavedra, 2020). Tienen el potencial de construir representaciones del mundo que influyen en la comprensión humana de varios aspectos de la vida social y política. Para hacer este tipo de análisis, Low y Cameron (1999) proponen tres fases para estudiar las metáforas: 1) la recopilación de ejemplos de metáforas lingüísticas utilizadas para hablar sobre el tema; 2) la generalización de las metáforas conceptuales que ejemplifican; y 3) la utilización de los resultados para sugerir entendimientos o patrones de pensamiento que construyen o restringen las creencias y acciones de las personas.

De acuerdo con Ansolabehere y Payne (2021), se ha usado la desaparición forzada como una estrategia para: ocultar actos de violencia, construir socialmente una narrativa del poder sobre las personas y su representación (de la persona desaparecida) como alguien desechable; sacar alguna utilidad económica, política o de otra naturaleza y, por último, para emplear la “ambigüedad” de la pérdida por la desaparición como una forma de manipulación social, como una tendencia en los contextos latinoamericanos donde se ubican conflictos armados, como medidas de control e imposición (Dulitzky, 2019). En este contexto, las metáforas más utilizadas como referentes de las víctimas —desaparecidos y desaparecidas— se observan en dos direcciones:

1. Descriminalizarlas, pues frecuentemente se les cuestionan su reputación y, por ende, su condición de víctima; para ello, hay que trabajar en reforzar la seguridad sobre quién es esa persona, quiénes son, qué ofrece y qué puede dar. De ahí que visibilizarlas es un factor importantísimo.
2. Restablecer la humanidad de las víctimas de la desaparición y de sus familiares, reconectar humanamente con quienes viven una experiencia similar en todo su proceso, es nuestra meta fuente y de dominio (Mateos-Fernández y Saavedra, 2020).



## Justificación y planteamiento del problema

Sin duda, la migración como proceso de movilidad, que pone en constante situación de vulnerabilidad a quienes la experimentan, es un tema de la agenda pública de cualquier región, sea expulsora, de tránsito, de destino o receptora. Las medidas legales y políticas, así como los acuerdos internacionales, no han sido suficientes para lograr un desenlace en buenos términos para ninguna región, a todos los países les interesa contar con iniciativas e ideas innovadoras, con posibilidades de cimentar la esperanza de control, disminución, abordaje y amplitud de probables líneas de acción. En la búsqueda de nuevas estrategias, se debe considerar que muchas propuestas provienen de grupos sociales que normalmente no participan en los procesos de toma de decisiones gubernamentales, políticos o legales.

En el marco del Sistema Jesuita para Refugiados (SJR), creado en 1980 por el Padre General Pedro Arrupe, como obra de la Compañía de Jesús en protección a los derechos humanos de los migrantes, este trabajo tuvo como objetivo hacer un análisis comparativo de la percepción esperanzadora frente a la desesperanzadora de un grupo de estudiantes adscritos a cuatro universidades jesuitas latinas, quienes decidieron tener la experiencia de un contacto más cercano con esta población para dar respuesta a nuestra pregunta de investigación:

¿Cuáles son los hechos que describen como esperanzadores y desesperanzadores, un grupo de estudiantes a nivel superior adscrito a cuatro universidades jesuitas latinas y cómo se pueden materializar sus experiencias en lineamientos de protocolos de atención a la población migrante capaces de favorecer su salud mental, emocional, psicológica y de bienestar en los espacios de primer contacto, independientemente de la región geográfica en la que se encuentre?

## Método

### *Sujetos, instrumento y procedimiento*

Se decidió trabajar con una aproximación metodológica cualitativa a partir de la técnica de grupo focal; se formaron cuatro grupos integrados por 6 a 12 estudiantes y egresadas de la licenciatura en Psicología, de entre 20 y 22 años; todas mujeres. La regla de inclusión fue que tuvieran la experiencia de la práctica presencial con la población migrante, mientras que la guía de entrevista del estudio se construyó siguiendo la metodología HOPE (SJM, 2025), cuyo nombre proviene de su acrónimo: H=Habilidades, O=Oportunidades, P=Perspectivas a futuro y E=Esperanza, la cual hemos traducido en acciones para este artículo.

## Resultados

El análisis del contenido de las respuestas proporcionadas por los cuatro grupos focales permitió visualizar algunas líneas de trabajo, sobresalen dos por su gran similitud entre las entrevistadas y su pertinencia para responder a nuestra pregunta de investigación:

1. La experiencia es determinante en el rumbo a seguir en su práctica y desarrollo profesional, pues dejó una profunda huella y representa un parteaguas en su actividad profesional.
2. En la mayoría de los casos, su participación desembocó en visibilizar de alguna manera a esta población, para fungir como su voz, sus ojos, su fuerza, su energía, su lucha por una vida más justa, entre otras cosas.

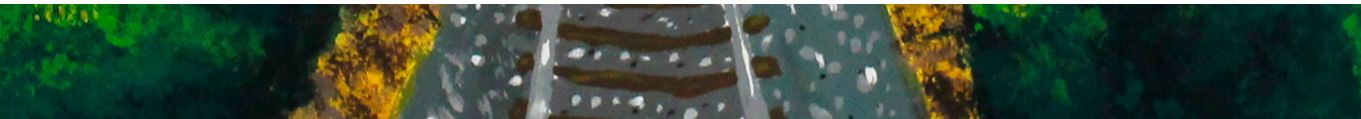
Por tanto, la siguiente propuesta se elaboró a partir de la necesidad de comprender la realidad y conectar con otros para construir un futuro esperanzador, arraigado en valores y narrativas compartidas encaminadas a impulsar y construir un mundo desde nuestra identidad formativa moldeada por valores ignacianos, como la responsabilidad social compartida.



Cuadro 1. Organización por temática sensibilizadora, constructiva a partir de las dos líneas resultantes de los grupos focales en la formación de un vínculo esperanzador entre familiares de población migrante desaparecida		
Contenido sugerido, 6 sesiones con directivas de arte, técnica lúdica, no intrusiva		
Primera parte, 3 sesiones de 1.5 hrs., grupo abierto, heterogéneo		
<p><b>Sesión 1.</b> <b>Rompehielo y confianza</b> <b>“Introducción”:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Presentación individual de cada participante.</li><li>• Dinámica de presentación grupal.</li><li>• Dibujo de un autorretrato pensando en cómo expresar las emociones que sienten, ante lo que están atravesando en el presente.</li><li>• Exposición frente al grupo de su emociones y motivos.</li><li>• El facilitador entrenado abre un diálogo acerca de cómo me ayuda y ayudaría a los demás a resolver lo que se plantea en este taller.</li><li>• Identificar elementos en común.</li><li>• Nota: Ante las emociones mencionadas por los integrantes del grupo y para profundizar la interconexión grupal se piensa en la sesión 2.</li><li>• Materiales: hojas blancas o de colores, lápices, lápices de colores, goma.</li></ul>	<p><b>Sesión 2.</b> <b>Sensibilización “La canción de que ejemplifica la emoción que me tiene aquí y me recuerda a mi familia o nos une como tal”.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se escuchan las canciones propuestas por cada integrante.</li><li>• Expresar y compartir sentimientos, explorar sentimientos alrededor de la canción que parece nueva para unos y en relación con el motivo que los tiene en ese grupo de trabajo: la separación por desaparición, las dificultades por las que atraviesa.</li><li>• Comentar por qué se eligió y qué sentimientos evoca.</li><li>• La facilitadora va tomando nota de aspectos comunes para resaltar la sensibilización grupal “crear una en sintonía” y sacar “temáticas en común”.</li><li>• Materiales: bocina portátil, celular con internet, hojas, lápices para escribir reflexiones de manera personal.</li></ul>	<p><b>Sesión 3.</b> <b>Metáfora para generar cambio significativo y esperanzador en acciones “La música de mi viaje”.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• A partir de un encuadre con tiempo de exposición, compartir con el grupo aquello que integraría la música de su viaje, sus dificultades, pero sus aciertos, si se logran ver en perspectiva de todo lo que han atravesado durante su movilidad.</li><li>• Entre los participantes construir una canción grupal, para trabajar perspectiva a futuro, desde el significado compartido, válido como grupo en circunstancias semejantes. Qué les ayuda a generar un sentimiento esperanzador.</li><li>• Actividad de reflexión grupal hacia compromisos a futuro en acciones o nuevas posibilidades que logran ver en perspectiva.</li><li>• Materiales: hojas, lápices, actitud lúdica y creativa (qué se explicará adoptar durante esta sesión).</li></ul>

Nota: En cada sesión aclarar los puntos a trabajar, con la finalidad de que los participantes sepan para qué trabajar en grupo y hacia dónde va el producto que se espera del mismo. El facilitador o facilitadora tendrá que resaltar frases —parafrasear en el lenguaje del grupo— e ideas que resuenen al grupo, en búsqueda de lograr “una sintonía de trabajo”.

Continúa...



Cuadro 1. Organización por temática sensibilizadora, constructiva a partir de las dos líneas resultantes de los grupos focales en la formación de un vínculo esperanzador entre familiares de población migrante desaparecida		
Contenido sugerido, 6 sesiones con directivas de arte, técnica lúdica, no intrusiva		
Segunda parte, 3 sesiones de 1.5 hrs., grupo abierto, heterogéneo		
<p><b>Sesión 4.</b> Proceso con fines terapéuticos “Mi dolor: Lo desesperanzador”.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Buscar algún medio simbólico y gráfico para plasmarlo con lenguaje figurativo, verbal o real.</li><li>• Dialogar en plenaria de manera voluntaria.</li><li>• Después de saludarse, pedirles a los participantes que realicen un arte libre, a partir de recordar y comentar al inicio como encuadre los aspectos esperanzadores co-construidos en las tres sesiones previas.</li><li>• Bajo esa mirada, hacer un arte, un dibujo, un collage de manera individual y auto-reflexiva.</li><li>• Posterior, antes de verbalizar sus artes, ofrecer psicoeducación de lo que han hecho otras personas para sobrellevar “su dolor”, con un encuadre con tiempo de exposición.</li><li>• Materiales: hojas, lápices, papeles de diferentes texturas, material de reciclaje, plumones, colores, goma.</li><li>• Improvisación de un arte grupal en producto de “Objeto Transicional Representativo” que simbolice que no es posible vivir en el dolor todo el tiempo y cómo hacer pautas activas de contención.</li></ul>	<p><b>Sesión 5.</b> Proceso con fines terapéuticos “1era. aproximación: El círculo esperanzador: HOPE”.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• En una meta por fuerza (Mateos-Fernández y Saavedra, 2020), según el caso, se hará una ronda sobre los aspectos que se han comentado y reflexionado de manera individual.</li><li>• Después de escucharse entre los participantes, crear un arte como objeto y amuleto personal que integre lo que se ha trabajado, lo que le ha hecho resignificado a la persona, lo que ha aprendido al escuchar a los otros y otras.</li><li>• Tendrán el resto de la sesión para concretarlo hasta dejarlo como esperarían.</li><li>• Se abre diálogo para compartir y últimas reflexiones.</li><li>• Materiales: hojas, lápices, papeles de diferentes texturas, material de reciclaje, plumones, colores, goma.</li></ul>	<p><b>Sesión 6.</b> Sentimiento de esperanza: HOPE y cierre.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “Mi agenda por un mañana y un futuro firme” HOPE grupal. Como encuadre inicial, compartir expectativas futuras como grupo, en una sintonía de meta en dominio (Mateos-Fernández y Saavedra, 2020), para pensar como grupo y población específica, con circunstancias similares, pero situaciones diferentes y en medio de una sintonía comunicacional —en la otredad—.</li><li>• Plasmar un mural, un arte libre, un dibujo grupal que represente esto y dejarlo en la organización y espacio sede para futuras generaciones de trabajo. A modo de legado y de aportación, pues esta trayectoria entre dolor, desaparición y construcción de un sentimiento esperanzador es de “todos los días”.</li><li>• Materiales: hojas, lápices, papeles de diferentes texturas, material de reciclaje, plumones, colores, goma.</li></ul>

Nota: En los cierres de las sesiones, aterrizar las metáforas grupales comunes para encaminar compromisos esperanzadores en acciones, enfatizando la perspectiva a futuro, las fortalezas y su flexibilidad para adoptarlos según el caso y los contextos. Se busca vincular al sector privado y público, para crear programas multiplicadores, acompañados y en colaboración, ya que a ambos les interesa esta meta: “los queremos vivos”. Hacia cambio de actitud, más comprometida, de corresponsabilidad social.

Fuente: Elaboración propia, adaptada de Mateos-Fernández y Saavedra (2020).



## Consideraciones finales

En el abordaje y estudio de temáticas tan sensibles e impactantes que a los familiares de desaparecidos y desaparecidas les cambian la vida y la manera de sentirla y dimensionarla, se pudo ver cómo el factor llamado esperanzador resulta el elemento que armoniza y da sintonía al grupo de trabajo.

En estos grupos, mientras más suave, sencilla y lúdica sea la intervención, permitirá una libre expresión. Esto quiere decir que él o la participante hablará en primera persona, reacomodará lo que le resignifique de manera personal y ofrecerá lo que, en sintonía con las dinámicas grupales, se pueda compartir a modo de “cantar en un mismo ritmo y bajo un mismo son”.

El uso de las metáforas es un lenguaje didáctico y psicopedagógico que permite cambiar actitudes y miradas hacia perspectivas de apertura, por un sostenimiento de la vida en un presente que conlleva a un futuro incierto, pero al mismo tiempo posible, emocionalmente hablando.

Se requieren intervenciones propositivas, constructivistas, como la metodología HOPE (SJM, 2025) en voz de las nuevas generaciones, quienes proponen miradas más frescas, renovadas y con grandes posibles alcances. Justo por su ojo recién formado, y en evidencia por la práctica cercana con esta población, pueden reforzar esa metodología y generar sintonía intergeneracional entre ellas y las víctimas de desaparición.

Es muy importante que de inicio y de forma intermedia se hable del dolor, de todo lo que es desesperanzador para poder reacomodarlo, pero con contención, con herramientas y en un proceso grupal, con personas en similares circunstancias y condiciones. En el programa propuesto es la sesión 4; la única dedicada a esto, en el resto se toca, pero de manera velada, buscando dejar una actitud más de HOPE en los participantes.

La idea de esta propuesta es ir dejando pautas y hacer conexiones intergeneracionales, primero entre personal de primer contacto, en espacios de naturaleza de los albergues, organizaciones civiles y gubernamentales, empleando la metodología HOPE para dar atención a lo que casi no se puede hacer en estos espacios, la salud mental de las personas migrantes sea cual fueren sus condiciones o circunstancias.

Los datos contruidos a partir de las narrativas de los grupos focales permiten ver cómo en grupo se construyen miradas para entender por lo que pasan los familiares de desaparecidos, a viva voz y en contacto directo.

La metodología HOPE (SJM, 2025) brinda la oportunidad de construir un paraguas de posibilidades para la acción y la práctica, que pueden recrearse como acciones multiplicadoras.

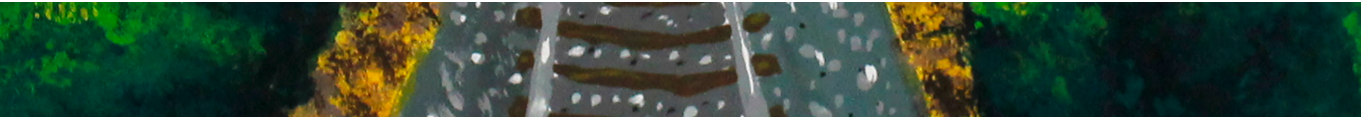
Los países receptores, como se ha convertido México, deberían tener una responsabilidad compartida en la reintegración social, económica y cultural. ¿Cómo? Un punto de partida para abordar estos retos es que los gobiernos colaboren más dinámicamente con el sector privado, para aprovechar lo que tienen otros organismos, lo que han desarrollado, lo que proponen y así sumar más que duplicar esfuerzos. En su proceso de reinserción por una meta en común: los queremos vivos y con reintegración familiar, social y cultural.

Contar con alguien que documente estos procesos sería de gran utilidad, pues constituiría una invaluable materia prima para futuras iniciativas públicas. Los procesos de búsqueda son muy costosos, no solo económicamente, también en tiempo, en el dolor que se le invierte, la incertidumbre durante el trabajo en campo, las incongruencias que obstaculizan la trayectoria y más.



El equipo de investigación, financiado por la Dirección de Investigación del Sistema Jesuita Migrante a través de la Universidad Iberoamericana (IBERO) e Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), estuvo conformado por:

<b>IBERO Ciudad de México:</b>
Dra. Andrea Margarita Núñez Chaim
Mtra. Samantha Mino Gracia
Dra. María Cristina Gómez Johnson
Dr. Yerko Castro Neira
<b>IBERO Tijuana:</b>
Dra. Karen Yenisse Covarrubias Balderas
Mtra. Erika Nayeli Clairgue Caizero
<b>IBERO Torreón:</b>
Lic. Carolina Hernández Rodríguez y Lic. Lucía Susana Urrutia Cavazos
<b>ISIA:</b>
Mtra. Esperanza del Carmen González Valentín
<b>ITESO:</b>
Dra. Adriana González A.
Mtro. Fernando Castro Campos
Mtra. Iliana Martínez Hernández Mejía
Mtra. Karina Arias Muñoz
Dra. Sofía Andrea Meza Mejía
Mtro. Luis Enrique González Araiza
<b>IBERO León:</b>
Mtra. Iraís Isaura Juárez González
<b>TUVCH:</b>
Mtra. Luz María Pérez Cabrera.
<b>IBERO Puebla:</b>
Dr. Guillermo Yrizar B.,
Dra. Elena Ayala Galí
Dra. Gabriela Alejandra González Ruiz
Mtro. Conrado B. Zepeda Miramontes
Dra. Noémie Boivin (Adscrita a posdoctorado en la Universidad de Sheerbooke, Canadá)
Mtra. Indi-Carolina Krig (Adscrita a doctorado en Universidad de Osnabrück, Alemania)
Mtra. María José Sánchez García





# Referencias

## Capítulo 1

- Brugeilles, C., y Rojas, O. L. (2020). Análisis del comportamiento diferencial de la práctica anticonceptiva por sexo, origen social y educación en la población urbana de México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 35(2), 293–332. <https://doi.org/10.24201/edu.v35i2.1847>
- Canales, A., Gonzales, L., Herrera, D., Mata, J., y Mora, E. (2011). Relación entre la tasa de fecundidad y la oferta laboral femenina en México. *Revista Estudiantil de Economía*, 3, 1–18.
- Cárdenas-Rodríguez, R., Terrón-Caro, T., y Monreal-Gimeno, M. C. (2018). Redefinición de roles y relaciones de género en las migraciones internacionales: Estudio cualitativo en el estado de Tamaulipas. *Papeles de Población*, 24(95), 153–179. <https://doi.org/10.22185/24487147.2018.95.07>
- Castro-Martín, T., y Rosero-Bixby, L. (2011). Maternidades y fronteras: La fecundidad de las mujeres inmigrantes en España. *Revista Internacional de Sociología*, 69(1), 105–137.
- Castro-Martín, T., Cortina-Trilla, C., Martín García, T., y Pardo, I. (2011). *Maternidad sin matrimonio en América Latina: Análisis comparativo a partir de datos censales*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12888>
- Consejo Nacional de Población. (2001). *Comportamiento reproductivo de la población indígena* (Serie de Documentos Técnicos No. 6).
- Consejo Nacional de Población. (2016). Situación de la salud sexual y reproductiva en México.
- Del Rey, A., y Grande, R. (2017). El efecto de las condiciones de llegada en la reproducción de las mujeres migrantes. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 159, 113–134. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.159.113>
- Del Rey, A., y Quesnel, A. (2005). Migración interna y migración internacional en las estrategias familiares de reproducción: El caso de las poblaciones rurales del sur del estado de Veracruz, México. *Papers de Demografia*, 259.
- Donato, K. M., Gabaccia, D., Holdaway, J., Manalansan, M., y Pessar, P. R. (2006). A glass half full? Gender in migration studies. *International Migration Review*, 40(1), 3–26. <https://doi.org/10.1111/j.1747-7379.2006.00001.x>
- Espinell, C., y Aguilar, M. (2019). Factores que determinan el número de hijos que procrean las mujeres en su periodo fértil en Ecuador. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/07/mujeres-periodo-fertil.html>
- Fanta-Garrido, J. (2015). Conductas e intenciones reproductivas de migrantes limítrofes y su percepción sobre la atención en salud sexual en el Área Metropolitana de Buenos Aires. *XIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Asociación de Estudios de Población de la Argentina.
- Fernández-Albarrán, P. (2013). *Características sociodemográficas que intervienen en el uso del método anticonceptivo en mujeres adultas del poblado de Santa María Ahuacatitlán, municipio de Cuernavaca, Morelos, México* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma del Estado de Morelos]. Repositorio Insti-

- tucional de la UAEM. <https://riaa.uaem.mx/xmlui/handle/20.500.12055/1926>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2006). *Estado de la población mundial 2006: Hacia la esperanza. Las mujeres y la migración internacional*. <https://surl.la/alcitm>
- Gayet, C. I., y Juárez, F. (2020). Influencia de las creencias de género en la trayectoria sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes mexicanas. *Papeles de Población*, 26(103), 89–121. <https://doi.org/10.22185/24487147.2020.103.04>
- Gayet, C. I., y Juárez, F. (2021). Nuevo escenario de baja fecundidad en México a partir de información censal. *Realidad, Datos y Espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 20(1).
- Hervitz, H. M. (1985). Selectivity, adaptation, or disruption? A comparison of alternative on the effects of migration on fertility: The case of Brazil. *International Migration Review*, 19, 293–317.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2023*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2023/>
- Juárez, F. (1996). La formación de la familia y la movilidad a las áreas metropolitanas en México: Un nuevo enfoque de la interacción entre eventos demográficos. En F. Juárez, J. Quilodrán, y M. E. Zavala de Cosío (eds.), *Nuevas pautas reproductivas en México* (pp. 147–198). El Colegio de México.
- Juárez, F., De Rose, A., y Testa, M. R. (2024). Relación entre la educación y las preferencias de fecundidad en México: Lecciones de Italia. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 39(1). <https://doi.org/10.24201/edu.v39i1.2192>
- Levitt, P. (1998). Social remittances: Migration driven local-level forms of cultural diffusion. *International Migration Review*, 32(4), 926–948. <https://doi.org/10.1177/019791839803200404>
- Lipovetsky, G. (1997). *La tercera mujer. Permanencia y revolución de lo femenino*. Anagrama.
- Montero-Granados, R. (2016). *Modelos de regresión lineal múltiple* [Documentos de Trabajo en Economía Aplicada]. Universidad de Granada.
- Montoya-García, M. V. J., Ortiz-Ávila, E., y Lagos Eulogio, J. (2023). ¿Madres y trabajadoras? El papel de la fecundidad en la participación económica de las mujeres en México, 2005 y 2019. *Revista Latinoamericana de Población*, 17, e202307. <https://doi.org/10.31406/relap2023.v17.e202307>
- Moreno, L., y Gutiérrez, G. (2021). Cómo el sexo moldea la evolución del comportamiento: El caso de las preferencias en la reproducción humana. *Suma Psicológica*, 28(1), 25–36. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2021.v28.n1.4>
- National Research Council. (1999). *The role of diffusion processes in fertility change in developing countries: Report of a workshop*. National Academies Press.
- Neels, K., y De Wachter, D. (2010). Postponement and recuperation of Belgian fertility: How are they related to rising female educational attainment? *Vienna Yearbook of Population Research*, 8, 77–106.
- Ortiz-Ávila, E. (2024). Primer uso de métodos anticonceptivos en dos cohortes de mujeres en México, 2018. *Revista Población y Salud en Mesoamérica*, 22(1). <https://doi.org/10.15517/psm.v22i1.58766>
- Ortiz-Ávila, E., y Devolder, D. (2012). Un análisis sobre la primera unión y la primera maternidad en México y España. *Papers de Demografia*, 414.
- Ortiz-Ávila, E., y Devolder, D. (2016). El efecto de la duración de los estudios en la formación de la familia en México y España. *Revista Latinoamericana de Población*, 10(19), 127–148. <https://doi.org/10.31406/relap2016.v10.i2.n19.6>
- Páez-Domínguez, O. D. (2022). Fecundidad de mexicanas: Consistencia en dos levantamientos de la Encuesta Demográfica Retrospectiva. *Salud Pública de México*, 64(4), 429–433. <https://doi.org/10.21149/13411>
- Palma, Y. C. (2016). El embarazo adolescente en un contexto de alta inmigración. *Notas de Población*, 103, 9–27.
- Palma, Y. C. (2023). Influencia de la migración interna en la fecundidad de las adolescentes, 2010–2020. *Coyuntura Demográfica*, 23, 1–22.





- Paz-Gómez, L. (2010). Tamaño de familia deseado: Un análisis sobre los ideales de fecundidad en Colombia y México. *Papeles de Población*, 16(65), 105–130.
- Pedraza, S. (1991). Women and migration: The social consequences of gender. *Annual Review of Sociology*, 17, 303–325. <http://www.jstor.org/stable/2083345>
- Pessar, P. R., y Mahler, S. J. (2003). Transnational migration: Bringing gender in. *International Migration Review*, 37(3), 812–846.
- Pilatowsky, E. (2024, 11 de mayo). Día de la madre (migrante): Ser madre y migrante en América Latina. *Banco Interamericano de Desarrollo*. <https://blogs.iadb.org/migracion/es/dia-de-la-madre-migrante-ser-madre-y-migrante-en-america-latina/>
- Regules, G. R. (2017). Avances en la investigación en torno a la relación entre migración y fecundidad: Cambios y perspectivas, 1970–2016. *Carta Económica Regional*, 119, 79–109.
- Regules, G. R. (2018). Migración internacional y preferencias de fecundidad: Un estudio cualitativo con migrantes retornados y esposas de migrantes. *Primera Época*, 6, 12–36.
- Rodríguez, J. D. (2013). La migración internacional y el comportamiento reproductivo de las mujeres cubanas: Las singularidades de la transición. *Revista Novedades en Población*, 17, 80–94.
- Rodríguez-Portilla, N., y Martínez-Rojo, C. (2011). Salud sexual y reproductiva, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres inmigrantes latinoamericanas. *Enfermería Global*, 10(23), 359–371. <https://doi.org/10.4321/S1695-61412011000300024>
- Welti-Chanes, C. (2012). Análisis de la fecundidad en México con los datos del Censo de Población y Vivienda 2010. *Papeles de Población*, 18(73), 45–76.
- Journal of Work, Environment & Health*, 33(2), 96–104. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1112>
- Anderson, J. (2020). Los otros Dreamers es un Awikhigan del siglo veintiuno. *HIOL, Hispanic Issues On Line*, 26, 247–262. <https://conservancy.umn.edu/server/api/core/bitstreams/0ab086d5-fc91-4c22-9fc0-18b3e00e2bde/content>
- Bardach, E. (2009). The Eightfold path. En *A practical guide for policy analysis: The eightfold path to more effective problem solving* (pp. 1–70). CQ press.
- Bovens, M., Hart, P., y Peters, B. G. (eds.). (2001). *Success and failure in public governance: a comparative analysis*. Edward Elgar. <https://doi.org/10.4337/9781843762850>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2025, 15 de abril). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299. <https://www.jstor.org/stable/1229039>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social [CONEVAL]. (2018). *Estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018*. [https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Derechos\\_Sociales/Diag\\_derecho\\_Salud\\_2018.pdf](https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf)
- Consejo Nacional de Población [CONAPO]. (2024). *Anuario de Migración y Remesas*. [http://www.omi.gob.mx/work/models/OMI/Seccion\\_Publicaciones/Anuarios/PDF/Anuario\\_Migracion\\_y\\_Remesas\\_2024.pdf](http://www.omi.gob.mx/work/models/OMI/Seccion_Publicaciones/Anuarios/PDF/Anuario_Migracion_y_Remesas_2024.pdf)
- Cruz, R., Luna, R., Coello, L., Stabridis, A. O., Mexicano, M., y Morales, B. (2007). *Políticas Públicas Sectoriales e Intersectoriales para Mejorar los Niveles de Salud: Gastos Privado y Gasto de Bolsillo por Motivos de Salud en México*. Nuevos Documentos de Trabajo, 2(2).
- Enriquez, L. E. (2020). “It Affects Us, Our Future”: Negotiating Illegality as a Mixed-Status Couple. En *Of Love and Papers: How Immigration Policy Affects Families and Everyday Life* (pp. 85–107). University of California Press. <https://ebookcen->

## Capítulo 2

- Ahonen, E. Q., Benavides, F. G., y Benach, J. (2007). Immigrant populations, work and health—a systematic literature review. *Scandinavian*



- tral.proquest.com/lib/colmex/detail.action?docID=31594319.
- Gobierno de México. (2025). *México te abraza*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/971337/28enero25\\_M\\_xico\\_te\\_abraza.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/971337/28enero25_M_xico_te_abraza.pdf)
- Grzywacz, J. G., Quandt, S. A., Arcury, T. A., y Marín, A. (2006). The work-family challenge and mental health: Experiences of Mexican immigrants. *Community, Work & Family*, 8(3), 271–279. <https://doi.org/10.1080/13668800500142236>
- Hankivsky, O., Grace, D., Hunting, G. y Ferlatte, O. (2012). Why Intersectionality Matters for Health Equity and Policy Analysis, En Hankivsky, O. (ed.), *An Intersectionality-Based Policy Analysis Framework* (pp. 7-32). Institute for Intersectionality Research and Policy, Simon Fraser University.
- Holmes, S. M. (2013). “How the poor suffer”. Emboding the violence continuum. En *Fresh Fruit, Broken Bodies: Migrant Farmworkers in the United States* (pp. 88-110). University of California Press.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (s.f.). *Guía de Diseño de la Muestra para Encuestas. Fase de Diseño de la Norma Técnica del Proceso de Producción de Información Estadística y Geográfica*. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/infraestructura/aseguramiento/doc/guia\\_de\\_diseno\\_de\\_la\\_muestra\\_para\\_encuestas.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/infraestructura/aseguramiento/doc/guia_de_diseno_de_la_muestra_para_encuestas.pdf)
- \_\_\_\_\_. (2020). *Microdatos del Cuestionario Ampliado del Censo de Población y Vivienda 2020*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- \_\_\_\_\_. (2024, 3 de mayo). A propósito del Día Nacional de la Persona con Discapacidad (3 de mayo) [Comunicado de prensa]. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/sala-deprensa/aproposito/2024/EAP\\_PCD24.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/sala-deprensa/aproposito/2024/EAP_PCD24.pdf)
- Jacobo, M. y Cárdenas, N. (2020). Back on your own: migración de retorno y la respuesta del gobierno federal en México, *Migraciones Internacionales*, 11. <http://dx.doi.org/10.33679/rmi.v1i1.1731>
- Moyce, S. C., y Schenker, M. (2018). Migrant Workers and Their Occupational Health and Safety. *Annual Review of Public Health*, 39, 351–365. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013714>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo 2010: La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44373>
- Quesada, J., Hart, L. K., y Bourgois, P. (2011). Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States. *Medical Anthropology*, 30(4), 339–362. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.576725>
- Sassen, S. (2015). *Expulsiones: brutalidad y complejidad en la economía global*. Katz.
- Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Romero-Martínez, M., Mojica-Cuevas, J., Cuevas-Nasu, L., Santaella-Castell, J. A. y Rivera-Dommarco, J. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales*. [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_informe\\_final.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf)
- Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas [UPMRIP] (2025a). *Boletines Estadísticos 2009-2015 y 2024*. Secretaría de Gobernación. [https://portales.segob.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/Boletines\\_Estadisticos](https://portales.segob.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/Boletines_Estadisticos)
- \_\_\_\_\_. (2025b). *Bases de datos 2016-2023*. Secretaría de Gobernación. <https://portales.segob.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/EvDevMexEUU>
- Washington Group on Disability Statistics. (2020). *Manual básico del Grupo de Washington*. [https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/The\\_Washington\\_Group\\_Primer\\_-\\_Spanish.pdf](https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/The_Washington_Group_Primer_-_Spanish.pdf)

## Capítulo 3

- Arcury, T. A., y Quandt, S. A. (2007). Delivery of health services to migrant and seasonal farmworkers. *Annual Review of Public Health*, 28(1), 345–363. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102106>
- Cheong, A. R., y Massey, D. S. (2019). Undocumented and Unwell: Legal Status and Health

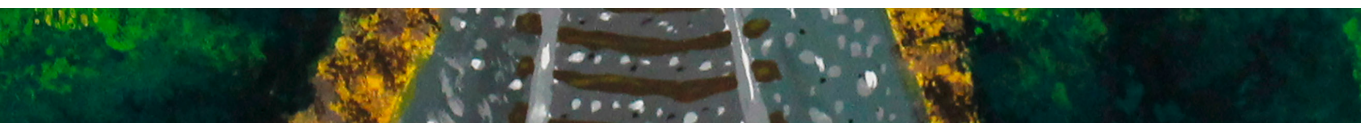


- among Mexican Migrants. *International Migration Review*, 53(2), 571–601. <https://doi.org/10.1177/0197918318775924>
- Coaston, S., Lee, S., Johnson, J., Hardy-Peterson, M. Weiss, S., y Stephens, C. (2022). Clinics on Wheels: Evaluating Access to Health Care in Vulnerable Populations. *Community Health Review*, 25(2), 264–279. <https://doi.org/10.1089/pop.2021.0289>
- Frank, A. L., Liebman, A. K., Ryder, B., Weir, M., y Arcury, T. A. (2013). Health care access and health care workforce for immigrant workers in the agriculture, forestry, and fisheries sector in the Southeastern US. *American Journal of Industrial Medicine*, 56(8), 960–974.
- Fung, W., Gold, A., Copfer, J., Finchum-Mason, E., y Carroll, D. (2024). *Findings from the Quality of and Access to Health Care Supplement of the National Agricultural Workers Survey (NAWS) 2019–2020*. U.S. Department of Labor.
- Health Resources & Services Administration (HRSA). (2025). *Nuevas disposiciones de elegibilidad para los Programas Head Start para Migrantes y Trabajadores de Temporada* (ACF-OHS-PI-24-04). <https://headstart.gov/es/policy/pi/acf-ohs-pi-24-04>
- Holmes, S. M. (2012). The clinical gaze in the practice of migrant health: Mexican migrants in the United States. *Social Science & Medicine*, 74(6), 873–881.
- Iriart, C. (2016a). El sistema de salud de los Estados Unidos: Mitos y Realidades (Parte I). *Saúde em Redes*, 2(1), 07–21. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n1p07-21>
- Iriart, C. (2016b). El sistema de salud de los Estados Unidos: Mitos y Realidades (Parte II) *Saúde em Redes*, 2(2), 125–139. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2125-139>
- Lichtenstein, E. (2022). The History of Health Insurance: Past, Present, and Future. <https://agentsync.io/blog/loa/the-history-of-health-insurance-past-present-and-future>
- Luque, J. S., y Castañeda, H. (2013). Delivery of mobile clinic services to migrant and seasonal farmworkers: a review of practice models for community-academic partnerships. *Journal of Community Health*, 38(2), 397–407. <https://doi.org/10.1007/s10900-012-9622-4>
- National Center for Farmworker Health [NCFH]. (2021). *Spanish Facts About Farmworkers Fact Sheet*. [https://www.ncfh.org/uploads/3/8/6/8/38685499/spanish\\_facts\\_about\\_farmworkers\\_fact\\_sheet.pdf](https://www.ncfh.org/uploads/3/8/6/8/38685499/spanish_facts_about_farmworkers_fact_sheet.pdf)
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA). (2023). *Agricultural Safety Regulations*. <https://www.osha.gov/agriculture>
- Posadas, S. F. (2012). Trabajadores agrícolas en el Valle de San Joaquín. *CIMEXUS*, 7(1), 65–81.
- U.S. Department of Labor (2025). *National Agricultural Workers Survey* (Website). <https://www.dol.gov/agencies/eta/national-agricultural-workers-survey>
- U.S. Department of Labor (2025). Guía del trabajo agrícola en Estados Unidos. <https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/WHd/legacy/files/AgGuideSpanish.pdf>

## Capítulo 4

- Achotegui, J. (2009). Estrés límite y salud mental: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Gaceta Médica de Bilbao*, 106(4), 122–133. [https://doi.org/10.1016/S0304-4858\(09\)74665-7](https://doi.org/10.1016/S0304-4858(09)74665-7)
- Barlow, D. H. (2014). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual*. Guilford Press.
- Bazán, J. (2021). Confiabilidad de la escala IDARE en población mexicana. *Revista Mexicana de Psicología*, 38(2), 112–120.
- Beck, A. T., Emery, G., y Greenberg, R. L. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. Basic Books.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Specia, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Braehler, C., Harper, J., y Gilbert, P. (2013). Compassion focused group therapy for recovery after psychosis. En C. Steel (ed.), *CBT for schizophrenia: Evidence-based interventions and future directions* (pp. 235–266). Wiley Blackwell.

- Chacón Delgado, E., Xatruch de la Cera, D., Fernández Lara, M., y Murillo Arias, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36.
- Clark, D. A., y Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Ciencia y práctica. Editorial Desclee de Brouwer. [https://www.srmcursos.com/archivos/arch\\_5847348cec977.pdf](https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf)
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (ed.). (2016). *Guía para la Intervención Psicológica con Inmigrantes y Refugiados*. [https://www.ucm.es/data/cont/docs/315-2016-06-02-g.refugiados\\_PDF.pdf](https://www.ucm.es/data/cont/docs/315-2016-06-02-g.refugiados_PDF.pdf)
- Collazos Sánchez, F., Ghali Bada, K., Ramos Gascón, M., y Qureshi Burckhardt, A. (2014). Salud mental de la población inmigrante en España. *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), 755-761. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000600008>
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., y Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-70. DOI: 10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3
- Ferree, M. M. (2018). Intersectionality as Theory and Practice. *Contemporary Sociology: A Journal of Reviews*, 47(2), 127-132. <https://doi.org/10.1177/0094306118755390>
- Galtung, J. (2003). *Violencia Cultural* (T. Toda, Trad., 1º ed.). Ed. Gernika Gogarutz.
- Gálvez, V. (2012). Evaluación psicométrica de la Self-Compassion Scale. *Anales de Psicología*, 28(1), 61-68.
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L. y Demarzo, M. P. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>
- Gilbert, P. (2009). Interacción entre nuestros tres principales sistemas de regulación emocional, En *The Compassionate Mind*. Cons-table & Robinson y Oaklands, y Harbinger. Reproducido con autorización
- Gilbert, P. (2010). *Terapia Centrada en la Compasión*. Editorial Desclee Debrouwer, S.A., p 10-28
- Gomes Dos Santos-Dantas, E., Rodríguez-Solís, A., Rubí Monroy-Velasco, I., y Malvaceda-Espinoza, E. (2024). Duelo migratorio y creencias irracionales: Características e impactos en la salud mental de migrantes latinoamericanos. *Huellas de la Migración*, 8(16), 153-180. <https://doi.org/10.36677/hmigracion.v8i16.19308>
- González-Gil, T. (2009). Flexibilidad y reflexividad en el arte de la investigación cualitativa. *Index de Enfermería*, 18(2), 121-125. <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n2/6922.php>.
- González, R., Martínez, L., y Pérez, J. (2022). *Derechos humanos de los jornaleros migrantes en México: Situación actual y retos*. Centro de Estudios Migratorios.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50-55.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, A. M., Yasinski, C., Barnes, J. B., y Bocking, C. L.H. (2015). Network destabilization and transition in depression: New methods for studying the dynamics of therapeutic change. *Clinical Psychology Review*, 41, 27-39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.007>
- Herman, J. L. (2015). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence--From Domestic Abuse to Political Terror*. Hachette.
- Hirschberger, G. (2018). Collective Trauma and the Social Construction of Meaning. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01441>
- Horcajo, L., Quiles, Y., y Quiles, M. J. (2019). *Aplicación de la terapia centrada en la compasión en pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria: un estudio piloto*. Fundación VECA para el Avance de la Psicología Clí-





- nica Conductual. <https://hdl.handle.net/11000/32421>
- Institute of Medicine. (2006). *Posttraumatic Stress Disorder: Diagnosis and Assessment*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/11674>
- Jaramillo Fonnegra, V. (2019). Acceso a la justicia: trabajadoras domésticas migrantes en la ciudad de Buenos Aires. *Estado y Comunes*, 1(8), 131–159. [https://doi.org/10.37228/estado\\_comunes.v1.n8.2019.103](https://doi.org/10.37228/estado_comunes.v1.n8.2019.103)
- Jiménez Vinuesa, N. S., Bueno Cardona, J. M., y Hernández Alcaraz, J. P. (2016). Factores de riesgo de la salud mental en inmigrantes y síndrome de Ulises. *Paraninfo Digital*, 25, 1–8. <https://www.index-f.com/para/n25/424.php>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clip-sy.bpg016>
- Kirmayer, L. J., et al. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *CMAJ*, 183(12), E959–E967. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>
- Kornfield, J. (2008). *The wise heart: a guide to the universal teachings of Buddhist psychology*. Bantam Books .
- LeDoux, J. (1998). Fear and the brain: where have we been, and where are we going? *Biological Psychiatry*, 44(12), 1229–1238.
- León, O. G., y Montero, I. (2002). *Métodos de investigación en psicología y educación*. McGraw-Hill.
- Livia Segovia, J. H. (2020). Salud mental y pandemia por Covid-19. *Cátedra Villarreal*, 8(1). <https://doi.org/10.24039/cv202081788>
- Londián, M. D. L. V., y Carbonell, M. M. (2003). Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en adolescentes cubanos. *Psicología y Salud*, 13(2), 203–214.
- Marshall, S. D., Sanderson, P., McIntosh, C. A., y Kolawole, H. (2016). The effect of two cognitive aid designs on team functioning during intra-operative anaphylaxis emergencies: a multi-centre simulation study. *Anaesthesia*, 71(4), 389–404. <https://doi.org/10.1111/anae.13332>
- Martínez, M. F., y Martínez García, J. (2018). Procesos migratorios e intervención psicosocial. *Papeles del Psicólogo*, 39(2), 96–107. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77855949003>
- Mattos, E. (2021). Migrantes y Refugiados. Emprendedores de la economía social. *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*, 10 (20), 519–525. <https://doi.org/10.18294/rppp.2021.3649>
- Monteiro, F., Fonseca, A., Pereira, M., Alves, S., y Canavarró, M. C. (2019). What protects at-risk postpartum women from developing depressive and anxiety symptoms? The role of acceptance-focused processes and self-compassion. *Journal of Affective Disorders*, 246, 522–529. <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2019/09/Monteiro2019.pdf>
- Navarro, J. C., y Rodríguez, W. (2003). Depresión y ansiedad en inmigrantes: un estudio exploratorio. *Investigación en Salud*, 5(3). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14250306>
- Neff, K. D. (2003). *Escala de autocompasión (SCS)* [Registro de base de datos]. APA Psyc-Tests. <https://doi.org/10.1037/t10178-000>
- Neff, K. D. (2012). The Science of self-compassion. En C. G. R. Siegel (ed.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy*. Guilford Press.
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (s.f.). *Términos fundamentales sobre migración*. <https://www.iom.int/es/terminos-fundamentales-sobre-migracion>
- Organización Internacional para las Migraciones. (2022). *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022*. <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2022>
- Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes [REDODEM]. (2019). *Migraciones en México: fronteras, omisiones y transgresiones. Informe 2019*. <https://redodem.org/2019-2/>
- Rein, G., Atkinson, M., y McCraty, R. (1995). The Physiological and Psychological Effects of Compassion and Anger. *Journal of Advancement in Medicine*, 8(2), 87–105. <https://www.aipro.info/drive/File/228.pdf>
- Rocha-Jiménez, T., Torres, I., Cabieses, B., López-Cevallos, D. F., y Mercado-Órdenes, M.



- (2025). Intersectionality, racism, and mental health of migrants arriving at borders in Latin America: A qualitative study based on in-depth interviews with key informants of the cases of Ecuador and Chile. *The Lancet Regional Health – Americas*, 44. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101040>
- Ruiz, L. F., y Rodríguez, D. A. (2020). Percepción de las necesidades en salud mental de población migrante venezolana en 13 departamentos de Colombia. Reflexiones y desafíos. *Gerencia y Políticas de Salud*, 19, 1–18. <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps19.pnsm>
- Seguel, J. (2019). Meditación, una nueva estrategia para el alivio del dolor. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(6), 480-486. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.09.003>
- Silove, D., Ventevogel, P., y Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: An overview of mental health challenges. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(2), 130-139. <https://doi.org/10.1002/wps.20438>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., y Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C. D., y Díaz Guerrero, R. (2002). *IDARE: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado*. Manual Moderno.
- Vázquez-Villegas, J. (2006). Inmigración y salud: ¿Un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad? *Atención Primaria*, 37(5), 249–250.
- Vilar Peyrí, E., y Eibenschutz Hartman, C. (2007). Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. *Gerencia y Políticas de Salud*, 6(13), 11–32.
- Willers, S. (2016). Migración y violencia: experiencias de mujeres migrantes centroamericanas en tránsito por México. *Sociológica*, 31(89), 163–195.
- Zavaleta-Reid, A. N., y Vera Vázquez, R. (2016). Inmigración infantil en el valle del bajo Rio Grande del sur de Texas. En O. M. Hernández-Hernández (coord.), *Riesgos en la migración de menores mexicanos y centroamericanos a Estados Unidos de América* (pp. 133-154). El Colegio de Tamaulipas. [http://www.col-tam.edu.mx/wp-content/uploads/2021/01/ebook\\_Riesgos\\_Migracion\\_-1.pdf](http://www.col-tam.edu.mx/wp-content/uploads/2021/01/ebook_Riesgos_Migracion_-1.pdf)
- Zuroff, D. C., Santor, D., y Mongrain, M. (2005). Dependency, self-criticism, and maladjustment. En J. S. Auerbach, K. N. Levy, y C. E. Schaffer (eds.), *Relatedness, Self-Definition and Mental Representation* (pp. 75–90). Routledge/Taylor & Francis Group. [https://doi.org/10.4324/9780203337318\\_chapter\\_5](https://doi.org/10.4324/9780203337318_chapter_5)

## Capítulo 5

- Achotegui, J. (2020). *El Síndrome de Ulises. Contra la deshumanización de la migración*. Ned Ediciones.
- Akthar, Z., y Lovell, A. (2019). Art therapy with refugee children: A qualitative study explored through the lens of art therapists and their experiences. *International Journal of Art Therapy*, 24(3), 139–148. <https://doi.org/10.1080/17454832.2018.1533571>
- Ansolabehere, K., y Payne, L. A. (2021). Conceptualising Post-Transition Disappearances. En K. Ansolabehere, B. A. Frey y L. A. Payne (eds.), *Disappearances in the Post-Transition Era in Latin America* (pp. 17–36). British Academy. <https://doi.org/10.5871/bacad/9780197267226.001.0001>
- Arroyo Reli6n, E. S., Baltazar Cruz, A. I., Estrada Hernández, A., Fernández Rojas, C. M., Rivas Lorenzo, M., y Salazar Gracida, S. E. (2022). *Informe sobre desaparición de personas migrantes en México: Una perspectiva desde el Servicio Jesuita a Migrantes-México*. SJM-México. <https://www.redjesuitaconnigranteslac.org/post/desaparecidos-impunidad-y-revictimizaci%C3%B3n-en-el-horizonte-de-la-migraci%C3%B3n-en-m%C3%A9xico>
- Beauregard, C., Papazian-Zohrabian, G., y Rousseau, C. (2017). Connecting identities through drawing: Relationships between identities in images drawn by immigrant students. *The Arts in Psychotherapy*, 56, 83–92. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.08.003>
- De la Peña Padilla; M. S. (2017). La Red Jesuita con Migrantes en el Mundo y en México. En L. Meza-González, C. Pederzini-Villarreal y M. S. De La Peña-Padilla (Coords.), *Emigración, tránsito*

- to y retorno en México [pp. 18-39]. ITESO/Universidad Iberoamericana. <https://rei.iteso.mx/server/api/core/bitstreams/75288454-30bf-4184-9864-204110469ab6/content>
- Dulitzky, A. E. (2019). The Latin-American Flavor of Enforced Disappearances. *Chicago Journal of International Law*, 19(2) 423–89.
- Ellermann, A. (2020). Discrimination in migration and citizenship. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 46(12), 2463–2479. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2018.1561053>
- Federación Mexicana de Organismos Públicos de Derechos Humanos [FMOPDH]. (2022, 5 de octubre). *FMOPDH contribuye a fijar el estándar del derecho de las personas a ser buscadas en el país*. [https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2022/10/Pronunciamiento\\_FMOPDH\\_5-de-octubre.pdf](https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2022/10/Pronunciamiento_FMOPDH_5-de-octubre.pdf)
- Lenette, C., y Sunderland, N. (2016). “Will there be music for us?” Mapping the health and well-being potential of participatory music practice with asylum seekers and refugees across contexts of conflict and refuge. *Arts & Health*, 8(1), 32–49. <https://doi.org/10.1080/17533015.2014.961943>
- Low, G., y Cameron, L. (Eds). (1999). *Researching and Applying Metaphor*. Ernst Klett Sprachen.
- Mateos-Fernández, R., y Saavedra, J. (2020). Designing and assessing an art-based intervention for undocumented migrants. *Arts & Health*, 14(2), 119–132. <https://doi.org/10.1080/17533015.2020.1866623>
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2024, 22 de abril). *Muertes en trayectos migratorios registrados desde 2014* (conjunto de datos). Proyecto Migrantes Desaparecidos. <https://missingmigrants.iom.int/es/datos>
- Salazar Pozos, O. y Terra, M. I. (2020). Disappearances in Mexico: Press Report Database to Support the National Search System. En J. Yankelevich (Ed.), *Manual de capacitación para la búsqueda de personas – Tomo 1. La voz de la academia* (pp. 111–120). USAID.
- Salazar Pozos, O., Ramsburg, J., y Hama, Y. (2023). Se fue una parte de mi corazón con él. *Hispania*, 106(4), 627–642. <https://www.jstor.org/stable/10.2307/27273983>
- Sistema Jesuita Migrante [SJM]. (2025). *HOPE25: la educación y la investigación universitaria, claves para abordar los retos globales*. <https://infosj.es/noticias/21587-hope25-la-educacion-y-la-investigacion-universitaria-claves-para-abordar-los-retos-globales>



## Acerca de las y los autores / About the authors

### Capítulo 1

**Elsa Ortiz-Ávila** es Doctora en Demografía y Máster en Estudios Territoriales y de la Población por la Universidad Autónoma de Barcelona, y Máster en Población y Salud por la Universidad de Costa Rica. Actualmente es Profesora e Investigadora y Coordinadora del Doctorado en Estudios de Población en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

**Alejandra Romero-Falcón** es Licenciada en Sociología por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Actualmente colabora en el Área Académica de Sociología y Demografía de la UAEH en proyectos de investigación sobre salud sexual y reproductiva, determinantes sociales de la salud, género y dinámicas familiares.

### Capítulo 2

**Marisol Luna Contreras** es Maestra en Población y Desarrollo por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y Doctora en Estudios de Población por el Colegio de México. Actualmente es Profesora e Investigadora y Coordinadora de la Maestría en Población en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

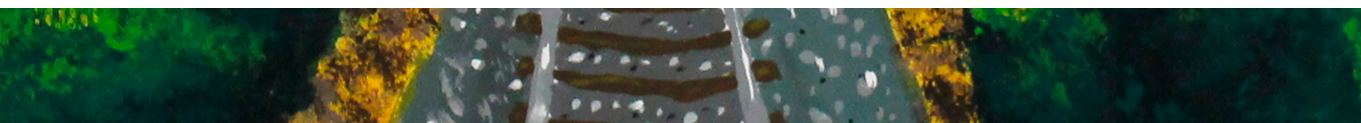
**Valentina Rabasa Jofre** es Licenciada en Relaciones Internacionales, Maestra en Población y Desarrollo por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y Doctora en Estudios de Población por el Colegio de México. Actualmente es Profesora e Investigadora en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

### Capítulo 3

**María de Jesús Ávila-Sánchez** es Socióloga por la Universidad Autónoma de Aguascalientes, Maestra en Demografía por El Colegio de la Frontera Norte y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Leiden. Actualmente es Profesora e Investigadora en la Universidad Autónoma de Nuevo León.

**José Alfredo Jáuregui-Díaz** es Sociólogo por la Universidad Autónoma de Aguascalientes, Maestro en Demografía por El Colegio de la Frontera Norte y Doctor en Demografía por la Universidad Autónoma de Barcelona. Actualmente es Profesor e Investigador en la Universidad Autónoma de Nuevo León.

**Jimena Méndez-Navarro** es Economista por la Universidad Nacional Autónoma de México, Maestra en Demografía por El Colegio de la Frontera Norte y Doctora en Economía por la UNAM. Actualmente se desempeña como Posdoctorante en la Secretaría de Ciencias, Humanidades, Tecnología e Innovación.



## Capítulo 4

**Alejandra Rodríguez-Solís** es Psicóloga por la Universidad de Guadalajara, Maestra en Psicología Clínica Cognitivo-Conductual por la Universidad Autónoma de Coahuila y en Bioética por la Universidad de Colima. Actualmente cursa el Doctorado en Estudios en Migración en El Colegio de la Frontera Norte.

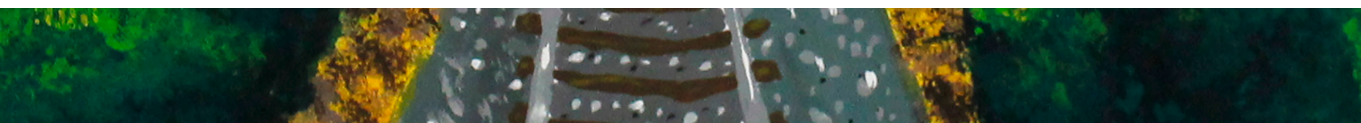
**Iris Rubí Monroy-Velasco** es Doctora en Psicología por la UNAM, Licenciada en Psicología y Maestra en Psicología Clínica por la Universidad Autónoma del Estado de México, donde también realizó una estancia posdoctoral. Actualmente es Profesora de Tiempo Completo en la Universidad Autónoma de Coahuila.

**Leonardo Nicolás González-Torres** es Doctor en Estudios Socioculturales y Licenciado en Psicología. Es Profesor-Investigador del Círculo de Estudios para la Paz en España, especializado en terapias contextuales, mindfulness y procesos de transformación psicosocial, combinando docencia, psicoterapia e investigación aplicada.

**Ximena Zacarías-Salinas** es Doctora en Psicología por la UNAM, Maestra en Terapia Familiar con enfoque sistémico relacional y Maestra en Ciencias con especialidad en Psicología Aplicada. Actualmente es Profesora e Investigadora de Tiempo Completo en la Facultad de Psicología de la Universidad de Colima.

## Capítulo 5

**Angélica Ojeda-García** es Licenciada, Maestra y Doctora en Psicología Social por la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente es Profesora e Investigadora en la Universidad Iberoamericana, donde colabora en el Laboratorio de Investigación en Vulnerabilidad y Promoción de la Calidad de Vida (LIFE).





# Migración y salud

# Migration and health

Nuevos temas de salud y migración internacional en México  
▲ New health issues and international migration in Mexico ▲



**Gobernación**  
Secretaría de Gobernación



**CONAPO**  
CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN